

# La resistencia y los mecanismos de la neurosis en psicoterapia gestáltica

André Sassenfeld J.

En la psicoterapia gestáltica, siempre ha existido una tensión más o menos explícita entre la necesidad y el deseo de formular conceptos teóricos sistemáticos que describan, expliquen y orienten el trabajo psicoterapéutico por un lado y la comprensión del quehacer terapéutico a partir de un “experencialismo ateórico” (Naranjo, 1989) por otro lado. Históricamente, esta tensión se debe, al menos en parte, a la constitución de dos tendencias fundamentales al interior de la terapia gestáltica, una de ellas ligada a los colaboradores iniciales de Frederick Perls en Nueva York y la otra vinculada con la etapa final de la vida de Perls transcurrida en su mayor parte en el Esalen Institute en California.

En Nueva York, la obra fundacional *Gestalt Therapy* (1951) escrita por Perls, Paul Goodman y Ralph Hefferline y los lineamientos teóricos expuestos en ella se han mantenido, hasta el día de hoy, como punto de referencia básico para los psicoterapeutas gestálticos. En cambio, la segunda tendencia mencionada ha estado muy influenciada por la circunstancia de que Perls

no estaba dotado ni entrenado adecuadamente como teórico, y que al principio se apoyó en gran medida en la asociación con sus pares con inclinaciones teóricas para promover su enfoque terapéutico [...] Durante esta primera asociación fue intelectualmente opacado y, al mismo tiempo, se quedó corto en su posterior desprecio por todo lo que fuera ‘hablar sobre’, por toda clase de apoyo teórico. (Naranjo, 1989, p. 4)<sup>1</sup>

En este sentido, la tendencia “californiana” de la terapia gestáltica a menudo ha estado relacionada con un menosprecio de la formulación conceptual y un simultáneo interés por la utilización de técnicas capaces de producir efectos teatrales y catárticos inmediatos. Debido a ello, también ha sido calificada de “terapia bum-bum-bum” (Yontef, 1993).

En este contexto, la teoría gestáltica de los mecanismos de la neurosis ocupa un lugar especial ya que, de alguna u otra forma, representa un aspecto de esta aproximación terapéutica que al parecer ha sido compartido por los terapeutas gestálticos de ambas tendencias. Esbozada en el primer libro de Perls, *Yo, hambre y*

---

<sup>1</sup> Sin embargo, es de importancia señalar que el editor norteamericano de las últimas contribuciones de Perls, publicadas después de la muerte de éste, asevera que en sus meses finales de vida Perls estaba preocupado por el hecho de que muchos terapeutas estaban imitando sus técnicas de trabajo con una comprensión limitada e insuficiente del conjunto de su teoría. En consecuencia, insatisfecho con sus obras teóricas anteriores, se dedicó a redactar algunos materiales con la finalidad de dar a conocer su teoría y su práctica de manera integrada (Casso, 2003).

*agresión* (1947), fue desarrollada y sistematizada por Perls, Goodman y Hefferline y, en uno de sus últimos escritos, Perls (1973) sigue utilizándola como fundamento de su visión de la neurosis y de la psicoterapia. Más allá, después de la muerte de Perls, algunos terapeutas gestálticos posteriores han realizado aportes adicionales con la finalidad de ampliar y completar esta teoría (Latner, 1973, 1992; Polster & Polster, 1973; Yontef, 1993).

Por lo tanto, el modelo de los mecanismos neuróticos puede ser considerado como uno de los pilares esenciales de la práctica clínica desde la perspectiva de la terapia gestáltica que sigue siendo vigente en la actualidad (Kepner, 1987). Las características específicas de esta teoría la relacionan, de manera inevitable y profunda, con algunos de los planteamientos centrales del acercamiento gestáltico en su totalidad –la teoría de campo, las nociones de contacto y ajuste creativo, la teoría del self, el concepto de la auto-regulación orgánica y la concepción de la neurosis en general. Su permanencia en el marco conceptual de la terapia gestáltica tal vez pueda ser entendida precisamente por el vínculo íntimo que tiene con otros conceptos cardinales propios del enfoque creado por Perls. Por otro lado, el origen clínico y la naturaleza fenomenológica de la concepción de los mecanismos de la neurosis le ha proporcionado a esta conceptualización una relevancia inmediata para el trabajo terapéutico.

En este trabajo, nos dedicaremos a describir con algún detalle la teoría gestáltica de la resistencia y de los mecanismos neuróticos. Revisaremos en primer lugar el concepto de resistencia en la terapia Gestalt tanto desde el punto de vista conceptual como desde el punto de vista clínico. A continuación, prestaremos atención a los diversos mecanismos neuróticos conceptualizados por los terapeutas gestálticos y los entenderemos como las transacciones fundamentales a través de las cuales se manifiesta la resistencia. Por último, ofreceremos algunas reflexiones generales respecto de la utilidad y aplicación de esta teoría en la práctica psicoterapéutica. Concluiremos con algunas ideas respecto de la naturaleza de la resistencia y los mecanismos de la neurosis en términos de salud y psicopatología. A lo largo del trabajo, haremos referencia a nociones gestálticas relacionadas cuando resulte necesario para clarificar o profundizar la exposición de los elementos tratados.

## **Consideraciones contextuales introductorias al concepto de resistencia en la terapia gestáltica**

El concepto clínico de la resistencia tiene sus orígenes en el psicoanálisis y representa uno de los pilares fundamentales de su práctica. De acuerdo a Laplanche y Pontalis (1969), Freud descubrió en el transcurso del desarrollo de la técnica psicoanalítica que, en determinados momentos, se enfrentaba a ciertos obstáculos al esclarecimiento de los síntomas de sus pacientes y al progreso del proceso psicoterapéutico. En este contexto, todas

las fuerzas que dentro del paciente se oponen a los procedimientos y procesos de análisis, es decir, que estorban la libre asociación del paciente, que obstaculizan los intentos del paciente de recordar y de lograr y asimilar *insight*, que operan contra el Yo razonable del paciente y su deseo de cambiar, todas estas fuerzas pueden ser consideradas resistencia [...] (Greenson, 1967, p. 71, cursiva del original)

Desde el punto de vista del psicoanálisis clásico, la resistencia es un fenómeno intrapsíquico y muchas veces inconsciente, cuya aparición se atribuye a factores psicológicos propios del paciente que se oponen a la acción terapéutica facilitada por el encuadre psicoanalítico y las intervenciones del analista. Esta oposición es explicada como función de la necesidad del paciente de defenderse del reconocimiento consciente de impulsos internos que son percibidos como inaceptables o amenazantes. Por lo tanto, dado el imperativo clínico de hacer consciente lo inconsciente característico de la técnica psicoanalítica tradicional, el analista busca eliminar las resistencias que surgen con la finalidad de hacer asequible a la consciencia del paciente aquellos contenidos psíquicos que la resistencia intenta mantener fuera de su alcance (Freud, 1920; Greenson, 1967).

Perls se había formado como psiquiatra y, posteriormente, había completado una formación psicoanalítica y, en consecuencia, estaba familiarizado con la concepción analítica tradicional de la resistencia. Sin embargo, varios de sus propios analistas –incluyendo, en especial, a Karen Horney y Wilhelm Reich– por lo común no son considerados psicoanalistas ortodoxos. Horney (1937) se había alejado del énfasis freudiano sobre el fundamento instintivo de la motivación humana y se acercó a una visión más centrada en la relevancia primordial de las relaciones interpersonales. Reich (1949), por su parte, fue un innovador y pionero del desarrollo de la técnica psicoanalítica, para quien el fenómeno de la resistencia muy pronto había exigido la introducción de dos conceptos que divergían ampliamente de la perspectiva freudiana tradicional. Por un lado, advirtió que el carácter en su totalidad constituye la resistencia más profunda a la maduración de la personalidad y, por otro lado, descubrió que el mecanismo neurótico de la represión –un proceso psíquico que yace en la base de la resistencia– no sólo es un suceso mental, sino también un suceso corporal y fisiológico.

De este modo, Perls estuvo expuesto, tanto conceptual como prácticamente, a concepciones de la resistencia distintas de la noción original planteada por Freud. Cabe recordar, en este sentido, que su primera contribución teórica al psicoanálisis fue un trabajo criticado que cuestionaba el origen de las resistencias en la etapa anal del desarrollo psicosexual, un supuesto muy difundida en los círculos psicoanalíticos de esa época, y que proponía la existencia de resistencias de naturaleza oral. Más allá, Perls había recibido además una influencia importante de diversas otras fuentes. Para nuestros propósitos, es necesario precisar una influencia adicional en particular, a saber aquella de la psicología alemana de la Gestalt. Ya en sus primeras formulaciones propias, Perls (1947) había comenzado a entender al ser humano y, con ello, la situación psicoterapéutica apoyándose en el

concepto fundamental del “campo”, un supuesto perteneciente originalmente a la psicología de la Gestalt que Perls no abandonaría más. Hasta el día de hoy, el concepto de campo sigue siendo uno de los supuestos cardinales que definen el acercamiento terapéutico de orientación gestáltica (Latner, 1992; Robine, 1997; Yontef, 1993, 1999, 2004).

Siguiendo a Yontef (1993), la teoría de campo

es un método de exploración que describe el campo total del cual el evento actualmente forma parte, en vez de analizarlo en términos de la categoría a la que pertenece por su ‘naturaleza’ (por ejemplo, la clasificación aristotélica), o de una secuencia causa-efecto, unilineal, histórica (por ejemplo, la mecánica newtoniana). El campo es un todo en el cual las partes están en relación y correspondencia inmediata unas con otras, y ninguna parte queda al margen de la influencia de lo que ocurre en otro lugar del campo. El campo reemplaza la noción de partículas separadas, aisladas. La persona en su espacio de vida constituye un campo. (pp. 120-121)

La perspectiva de la teoría de campo busca trascender, en lo esencial, la pretendida posibilidad de neutralidad o no involucramiento del observador respecto de lo que observa. En este sentido, coloca los fenómenos intrapsíquicos aislados en un contexto más amplio que los contiene, dentro del cual ocurren y que les confiere un significado desde el punto de vista de la interdependencia y de la configuración global de la situación. Tal como afirman Perls et al. (1951), toda investigación psicológica debe partir de la interacción entre un organismo y un ambiente, e incluso las mismas nociones de organismo y ambiente deben ser consideradas como abstracciones, con independencia de cuán útiles puedan resultar a los fines de comprensión y explicación.

En la terapia gestáltica existen dos campos que reciben una atención especial: el campo organismo-entorno (la persona en su espacio de vida) y el campo constituido por los diferentes componentes de la situación terapéutica, que es una faceta más circunscrita del primero. En ambos casos, las experiencias individuales son entendidas como resultado de la configuración total del campo, más que como resultado primario de las circunstancias intrapsíquicas del individuo. Para Perls et al. (1951), la experiencia humana se da, en efecto, en la frontera entre el organismo y su entorno y, en consecuencia, “es la función de esta frontera [...]” (p. 5) y no la propiedad exclusiva de un psiquismo. Más allá, los terapeutas gestálticos consideran que el desarrollo de las potencialidades del organismo se produce mediante el intercambio que el organismo establece con su entorno inmediato en múltiples niveles (Latner, 1973, 1992; Perls et al., 1951; Yontef, 1993). El crecimiento orgánico depende de la satisfacción de las necesidades del individuo a través del contacto con elementos del ambiente capaces de satisfacerlas –un proceso vital que es impulsado y guiado por la capacidad auto-regulatoria del organismo.

En términos del campo organismo-entorno, un ambiente temprano con características neuróticas dificulta al individuo el logro íntegro del paso evolutivo desde el apoyo ambiental propio del niño –la necesidad de apoyarse en otras personas con la finalidad de lograr satisfacer las necesidades orgánicas– hacia el autoapoyo propio del adulto –la capacidad de recurrir a los recursos propios para resolver las propias necesidades (Perls, 1967). Esto implica que el individuo, mediante la imitación del comportamiento neurótico de los adultos que lo rodean, adopta formas de conducta y experiencia que impiden el despliegue espontáneo de la tendencia humana intrínseca al crecimiento. En otras palabras, el organismo “debe desviar su energía en un determinado número de formas, todas las cuales reducen las posibilidades de una interacción plena de contacto con el ambiente” (Polster & Polster, 1973, p. 79). De acuerdo a Yontef (1993), esta reducción de posibilidades de contacto pleno afecta tanto la capacidad natural de mantener contacto con el ambiente, como la capacidad del organismo de darse cuenta de sus propias necesidades (esto es, la capacidad de tomar contacto con las necesidades orgánicas de manera indeliberada y directa).

Dadas estas consideraciones básicas, Perls (1969) definía la neurosis como trastorno del crecimiento y entendía los mecanismos neuróticos como mecanismos de evitación de contacto. Otros terapeutas gestálticos denominan los mecanismos de la neurosis alteraciones o perturbaciones del límite de contacto entre organismo y entorno, disturbios que dificultan el establecimiento de un contacto acabado (Latner, 1992; Yontef, 1993). En términos generales, cuando estos mecanismos de evitación de contacto –que son, en el fondo, auto-interrupciones del crecimiento espontáneo del organismo y, con ello, de la auto-regulación orgánica natural– se manifiestan en el contexto de la situación clínica, desde nuestra perspectiva es factible suponer la presencia de resistencias a algún o algunos aspectos del proceso psicoterapéutico que se está llevando a cabo.

## **Aspectos fundamentales del concepto de resistencia en la terapia gestáltica**

En la terapia gestáltica, durante mucho tiempo el concepto de resistencia se ha encontrado en una situación general de poca claridad conceptual (Schneider, 2002; Yontef, 1992). Perls et al. (1951) lo emplean con varios significados distintos, incluyendo las ideas de defensa en el sentido de contraataque, de agresión contra el propio self y de expresión activa de la vitalidad orgánica. Junto a o tal vez debido a estas imprecisiones teóricas, de acuerdo a Yontef (1993), muchos terapeutas gestálticos prefieren prescindir del concepto de resistencia por considerar que tiene connotaciones peyorativas y que enmarca el proceso psicoterapéutico como una lucha de poder entre psicoterapeuta y cliente –herencias de su origen en la práctica del psicoanálisis. Polster y Polster (1976), por

ejemplo, expresan la necesidad de cuidado a la hora de usarlo dadas las distintas asociaciones conceptuales que trae consigo.

Sin embargo, la noción de resistencia sigue siendo utilizada en el marco de la psicoterapia Gestalt y su uso clínico oportuno ha demostrado su utilidad terapéutica. Desde el punto de vista conceptual, podemos definir la resistencia como mecanismo relacional que opera en el límite de contacto entre organismo y entorno con la finalidad primordial de evitar el establecimiento de un contacto pleno en el momento presente. De este modo, toda resistencia es tanto resistencia al contacto acabado entre organismo y entorno, como resistencia al contacto acabado entre cliente y terapeuta. Más allá, para Schneider (2002), la mayoría de las veces la acción de la resistencia apunta en dos direcciones complementarias: la evitación del contacto pleno con la experiencia organísmica como medida de protección frente a ciertas vivencias amenazantes (intranquilidad, excitación, miedo, dolor, etc.) y la evitación del contacto pleno con el ambiente como medida defensiva frente a una vivencia de demasiada cercanía o exposición.

En términos de la teoría de campo, el fenómeno de la resistencia siempre representa un proceso cuya aparición está determinada tanto por factores propios del organismo del cliente, como por factores propios del organismo del psicoterapeuta y, además, por factores relacionales propios de la interacción que se genera entre ambos. Debido a ello, es indispensable tener en cuenta que, tal como asevera Zinker (1977), resistencia

es un término que sólo denota una observación exterior de mi estado de renuencia. Aunque lo que puede observarse es que yo me resisto a alguna conducta, idea, o actitud, mi propia experiencia me dice que estoy actuando para preservar, mantener y acentuar mi propio yo, mi integridad. Y lo que a usted, en la superficie que observa, se le presenta como una renuencia casual al cambio, puede constituir para mí una crisis espiritual, una lucha por mi vida. (p. 35)

Resistencia es lo que experimenta el terapeuta; el cliente, más bien, a menudo siente o intuye que se está cuidando a sí mismo, aunque muchas veces la resistencia no es una actividad que se lleva a cabo de modo consciente. Dado que tiende a operar fuera de la consciencia, ocurre de manera automática y pocas veces es expresión de una elección personal deliberada (Kepner, 1987; Schneider, 2002). Desde esta perspectiva, resulta imprescindible diferenciar entre dos aspectos básicos de la resistencia. Por un lado, su *intención* de auto-protección es una motivación válida que debe ser respetada y entendida en el contexto vincular que la evoca, sobre todo porque responde a una necesidad del organismo que se vuelve imperiosa (Yontef, 1993); por otro lado, sus *medios* tienden a ser anacrónicos, han dejado de tener sentido en la situación presente y dificultan el reconocimiento consciente de que existen formas diferentes, más satisfactorias y más congruentes con las potencialidades del organismo de lograr efectos idénticos.

Así, para los terapeutas gestálticos, la aproximación a la comprensión global de la resistencia debe abarcar diversos aspectos complementarios que revelan su

complejidad intrínseca: en términos del imperativo de la supervivencia del organismo, la resistencia representa una medida defensiva que se gatilla frente a la percepción de una amenaza y cuya intención es preservar la integridad orgánica; en términos contextuales, la resistencia es la forma más oportuna de la cual dispone el individuo para resolver una problemática simultáneamente objetiva y subjetiva (es decir, una problemática que surge en el campo); en términos de la interacción terapéutica, la resistencia puede ser visualizada como momento particular propio del diálogo entre cliente y psicoterapeuta que es una respuesta a una estimulación que proviene del otro; en términos fenomenológicos, la resistencia representa una evitación de lo obvio<sup>2</sup>; y, en términos psicodinámicos, la resistencia es un bloqueo del flujo espontáneo de la experiencia subjetiva (Schneider, 2002).

Desde el punto de vista de la terapia gestáltica, a diferencia de la visión psicoanalítica, las resistencias no son conceptualizadas como obstáculos que es necesario remover para acceder con rapidez a aquello que la resistencia intenta dejar fuera de la consciencia del cliente al limitar sus posibilidades de contacto con los elementos del ambiente –entre ellos, la persona del psicoterapeuta– y con sus necesidades orgánicas. Más bien, la terapia Gestalt asume que la resistencia es un fenómeno importante en sí mismo puesto que es una fuerza valiosa del ajuste creativo del organismo a su entorno que fue usada, en un inicio, con el objetivo de manejar condiciones ambientales desfavorables o dañinas (Perls et al., 1951; Polster & Polster, 1973; Schneider, 2002). Para Schneider (2002), las resistencias “son menoscabos en la estructura de la toma de contacto y, en momentos anteriores, tenían sentido” (p. 3). No obstante, en el presente son modalidades parciales o indirectas y, por tanto, disfuncionales o desadaptativas de establecer contacto con el entorno ya que impiden la satisfacción plena de las necesidades del organismo.

Debido a lo dicho, la resistencia es experimentada por el cliente como parte de su identidad y como expresión vital de su self. Según Kepner (1987), la tentativa de “romper o eliminar la resistencia sería lo mismo que romper y eliminar una capacidad del sí mismo” (p. 63). Una de sus funciones primarias es la conservación del equilibrio orgánico y de la integridad del organismo y, por lo tanto, su aparición en la situación clínica puede ser visualizada como intento del individuo por protegerse de algún elemento del campo que percibe como amenazante. Por otro lado, la resistencia también cumple la función de conservar las formas habituales de experiencia y de inhibir las posibilidades de cambio y crecimiento del organismo (Schneider, 2002), una función que se opone a los esfuerzos terapéuticos por principio. Desde la perspectiva del campo organismo-entorno, su manifestación no permite “que la persona se adapte a entornos y necesidades orgánicas diferentes de aquellas bajo las cuales [los mecanismos neuróticos] fueron aprendidos” (Kepner, 1987, p. 63) y, en consecuencia, su activación

---

<sup>2</sup> Recordemos que Perls (1969), define al neurótico como persona incapaz de ver en sí misma aquello que es obvio para los demás.

constituye una dificultad fundamental para el avance del proceso terapéutico y para el cambio de la personalidad.

## **Algunos aspectos clínicos del concepto de resistencia en la terapia gestáltica**

Perls y sus colaboradores (1951) llegan a suponer que el mismo hecho de acudir a psicoterapia, en algún sentido, implica una defensa contra el propio ajuste creativo y, con ello, una resistencia al propio crecimiento. Creen que “la principal resistencia se encuentra en la reticencia del *self* a desarrollarse. El *self* se controla para oponerse a su propio crecimiento” (p. 181, cursivas del original). Piensan que la resistencia a la psicoterapia, por otro lado, representa una contra-agresión en respuesta a la percepción de amenaza que deriva de ella. Clínicamente, para nuestros propósitos, es necesario afirmar con más especificidad que la aparición del fenómeno de la resistencia está ligada a una resistencia al cambio y, en particular, a una negativa –al margen de la legitimidad de las motivaciones involucradas– a flexibilizar, modificar o renunciar a determinados patrones muchas veces habituales pero insatisfactorios, desadaptativos o disfuncionales de interacción y contacto con el ambiente (Schneider, 2002).

Desde el punto de vista clínico, tal como ya mencionamos con anterioridad la manifestación de una resistencia indica la activación de mecanismos que buscan impedir un contacto pleno y que, si tenemos en consideración la teoría de campo, deben ser entendidos en toda circunstancia como función de la frontera de contacto que simultáneamente une o conecta y separa o diferencia a cliente y psicoterapeuta. “La resistencia es un fenómeno entre dos personas que están ocupadas una con la otra y/o con un tema” (Schneider, 2002, p. 6) y representa una señal clara que afirma: “Hasta aquí y no más allá, al menos por el momento”. Se produce, en este sentido, en instantes particulares del diálogo terapéutico y debe ser entendida como evento que guarda relación directa con aspectos de la interacción tanto histórica como inmediata que es parte de la relación entre cliente y terapeuta.

La aparición de una resistencia señala que se ha tocado un punto donde el cliente siente que están sus límites orgánicos y, de manera comprensible, encontrarse con un elemento interno o externo que pone en peligro las fronteras de la propia identidad torna imperioso un movimiento de retirada o de defensa de éstas. Después de todo, el individuo siente amenazada nada menos que su supervivencia psicológica –con independencia de que estos límites construidos a partir de procesos psíquicos de identificación y alienación de facetas del organismo dejen fuera aspectos de la experiencia que, desde el punto de vista del psicoterapeuta, forman parte intrínseca del organismo de su cliente en cuanto ser humano (Casso, 2003). Esta perspectiva permite a los terapeutas gestálticos comprender la urgente necesidad de auto-protección del individuo que determina



las resistencias y su valor positivo como respuestas orgánicas cuando se ponen de manifiesto, en vez de visualizarlas como contrariedades indeseables pero inevitables que acompañan un proceso psicoterapéutico.

Siempre que el cliente considere que no tiene a su disposición otras medidas defensivas o estrategias de cooperación convenientes para enfrentar las condiciones existentes en la situación psicoterapéutica, recurrirá a aquellas que ha incorporado y empleado a lo largo de su ciclo vital al margen de lo inadecuadas, innecesarias o exageradas que puedan parecer para un observador externo. Esto se debe, en gran parte, a que hasta ahora han sido herramientas vitales que le han permitido manejar circunstancias conflictivas y estresantes con algún grado de éxito. Tal como asevera Schneider (2002), la resistencia invariablemente es la mejor respuesta momentánea que el individuo puede proporcionar dadas sus experiencias previas y el contexto terapéutico presente; si pudiese, se comportaría de modo distinto. El paso evolutivo incompleto desde el apoyo ambiental hacia el auto-apoyo restringe las posibilidades de conducta y experiencia del cliente y dificulta la adquisición de nuevas pautas conductuales y experienciales.

Por otra parte, también es probable que las formas de establecer contacto e interactuar del cliente, sin importar lo neuróticas que puedan ser cuando constituyen una resistencia en el transcurso del proceso psicoterapéutico, estén ligadas a ciertas ganancias secundarias en su vida cotidiana (Schneider, 2002) –esto es, en el campo organismo-ambiente. En otras palabras, el cliente siente de modo más o menos consciente que no puede actuar de manera distinta y, al mismo tiempo, en el contexto de sus vivencias anteriores siente de modo más o menos inconsciente que no le conviene actuar de forma diferente a lo que le es habitual en situaciones de conflicto o estrés. De hecho, en el marco de la psicoterapia gestáltica, parte de la percepción de que la situación terapéutica representa una amenaza está vinculada con la necesidad de comenzar a asumir la propia responsabilidad respecto de las propias dificultades y acceder a un auto-apoyo más generalizado y más estable.

Para los psicoterapeutas, es de gran relevancia aprender a diferenciar entre al menos dos distintos tipos fundamentales de resistencia que se pueden producir en el desarrollo de un vínculo terapéutico (Schneider, 2002; Yontef, 1993). En primer lugar, existe la denominada *resistencia técnica*, un concepto que hace referencia a las consecuencias en la vivencia del cliente de los manejos terapéuticos sub-óptimos, las intervenciones clínicas carentes de tacto y/o inoportunas y las torpezas inevitables en las que el psicoterapeuta en ocasiones incurre. Como tal, la “resistencia técnica es, en la mayoría de los casos, un efecto secundario no intencionado y tiene que ser eliminada como otros automatismos que escapan al darse cuenta del terapeuta” (Schneider, 2002, p. 8). Más allá, la resistencia técnica muchas veces es una resistencia consciente mediante la cual el cliente hace uso de mecanismos de evitación de contacto con la finalidad de protegerse de lo que percibe como inadecuación o falta de empatía o consideración de su experiencia

presente. Se debe, por lo tanto, principalmente a la percepción de determinados aspectos de la situación terapéutica como peligrosos y amenazantes.

De acuerdo a Yontef (1993), este tipo de resistencia tiende a producirse cuando el terapeuta empuja al cliente o es excesivamente directivo con el objetivo de lograr que este último sea distinto de lo que es y cambie con rapidez. Schneider (2002) piensa, por ejemplo, que una gran parte del trabajo psicoterapéutico con las resistencias del paciente en el contexto del psicoanálisis es, en realidad, una elaboración de resistencias que son artefactos del encuadre y la técnica analítica –en especial, de la interpretación y de las actitudes de neutralidad y frustración– y que se deben a la inflexibilidad y a la falta de activación de experiencias concretas que a menudo caracteriza los procedimientos de la práctica psicoanalítica<sup>3</sup>. Con ello, a las resistencias que el cliente de por sí manifiesta respecto de ciertos aspectos de su funcionamiento orgánico se añade una resistencia a la intrusión del terapeuta. Desde este punto de vista, aunque la resistencia técnica impide abordar de modo directo las dificultades que trajeron al cliente a psicoterapia, los terapeutas gestálticos la valoran alta y positivamente puesto que representa un rechazo de directivas impuestas que provienen desde fuera del organismo (Schneider, 2002; Yontef, 1993). Así, la resistencia técnica es un fenómeno que actúa al servicio de la auto-regulación orgánica natural y del auto-apoyo maduro.

En segundo lugar, la *resistencia funcional* es un fenómeno clínico cuya aparición está ligada a la necesidad del cliente de emplear mecanismos de evitación de contacto que no representan una respuesta inmediata a la percepción de un peligro externo (como lo es la situación psicoterapéutica), sino una reacción que se produce primariamente frente a la percepción de facetas de la experiencia orgánica que son experimentadas como amenazas internas dado que están alienadas<sup>4</sup>. Siguiendo a Schneider (2002), el “comportamiento del cliente se etiqueta, con fines de orientación, momentáneamente como resistencia funcional en cuanto uno descubre cómo evade, de manera complicada y quizás incluso genial, aquello que de acuerdo a la observación del terapeuta constituye lo obvio” (p. 10). Este tipo de resistencia tiende a activarse de manera inconsciente y, tal como hemos descrito antes, tiende a utilizar para sus fines aquellos mecanismos neuróticos que el individuo incorporó a partir de sus vivencias de infancia en el campo organismo-ambiente. En la terapia gestáltica, la resistencia funcional recibe una parte importante de la atención del psicoterapeuta y la teoría de los mecanismos de la neurosis, que examinaremos enseguida, da cuenta de sus manifestaciones más definidas y mejor conocidas.

---

<sup>3</sup> Para una crítica similar del psicoanálisis clásico desde dentro del movimiento psicoanalítico, véanse las contribuciones de Wolf (1976), Bacal (1990) y Stolorow (1990).

<sup>4</sup> Una excepción a esta definición guarda relación con el mecanismo neurótico de la proyección, cuya característica definitoria es la percepción de peligros que son internos como propiedades de elementos del entorno. Véase más adelante para una discusión más detallada.

## Los mecanismos de la neurosis como transacciones de la resistencia

Perls (1973) entiende los mecanismos de la neurosis fundamentalmente como perturbaciones que el organismo introduce en el límite de contacto y que traen consigo dificultades importantes para establecer un contacto directo y pleno con los elementos del ambiente relevantes en términos de las necesidades orgánicas y también para la capacidad del individuo de darse cuenta de sus propias necesidades. Define estas perturbaciones como “interferencias majaderas, crónicas y cotidianas en el proceso de crecimiento y de auto-reconocimiento; [siendo estos últimos] procesos mediante los cuales logramos el autoapoyo y la madurez” (p. 42) y considera que, con independencia de la forma específica que los disturbios del límite de contacto asumen, de manera invariable se interrumpe el crecimiento espontáneo del organismo y se produce alguna medida de confusión entre el self y el entorno. Perls et al. (1951) añaden que, cuando los mecanismos de la neurosis están actuando, el individuo siente trastornados su sentido de orientación y el sentido de lo que hace y de cómo lo hace. Siente que pierde sus fronteras y, al mismo tiempo, estas fronteras parecen estar rígidas y fijas. En este sentido, todo mecanismo neurótico conlleva una apreciación distorsionada de los propios límites orgánicos.

Desde el punto de vista que hemos estado desarrollando a lo largo de este trabajo, clínicamente Polster y Polster (1973) hacen referencia a los mecanismos neuróticos como “transacciones de la resistencia” (p. 79) y como “canales de interacción resistente” (p. 79); Kepner (1987) y Delisle (1993), por su parte, aseveran que constituyen resistencias al contacto acabado. Latner (1992) piensa que pueden ser entendidos como formas concretas de manipulación del límite de contacto a las que el individuo recurre con la finalidad de estructurar su propia experiencia de modo activo, aunque muchas veces sin tener consciencia de ello. Tanto Latner (1992) como Yontef (1993) han especificado que la confusión entre el self y el ambiente indicada por Perls como aspecto significativo de la acción de los mecanismos de la neurosis puede manifestarse, por un lado, como difusión, impermeabilización, disolución o pérdida de la frontera de contacto y, por otro lado, como alteración de su naturaleza, de sus características definitorias o de su ubicación real.

Aunque las perturbaciones del límite de contacto operan a través de algunos mecanismos neuróticos distinguibles entre sí, los terapeutas gestálticos creen que un tipo determinado de comportamiento neurótico es el resultado de la interacción dinámica entre estos mecanismos y no de su acción aislada<sup>5</sup> (Perls, 1973; Perls et al., 1951). Cualquier mecanismo contiene o implica facetas del funcionamiento de los restantes mecanismos. Por otro lado, Perls et al. (1951) dejan claro que la

---

<sup>5</sup> Los “mecanismos neuróticos están todos funcionalmente relacionados entre sí y entrelazados” (Perls et al., 1951, p. 558).

comprensión adecuada de la teoría de los mecanismos de la neurosis está ligada, de manera primordial, a su modelo descriptivo de las etapas del fenómeno del ajuste creativo o contacto. Desde esta perspectiva, las diferencias entre las diversas perturbaciones del límite de contacto guardan una relación estrecha con la etapa específica del proceso de contacto entre organismo y ambiente durante la cual se produce, en efecto, el disturbio. De acuerdo a Yontef (1992), las perturbaciones del límite de contacto precisan, a su vez, en qué momento del ciclo de contacto tiene lugar la resistencia del cliente.

El modelo original del ciclo de contacto, también llamado ciclo de la autorregulación organísmica o ciclo de la experiencia, describe el proceso del ajuste creativo del organismo en términos de la satisfacción de sus necesidades mediante la interacción con el entorno en cuatro etapas: en la etapa de *pre-contacto*, el individuo experimenta en un primer plano una necesidad o deseo o, también, un estímulo ambiental que despiertan un conjunto de sensaciones corporales; en la etapa de *toma de contacto*, algún elemento concreto del entorno o algún conjunto de posibilidades pasa a un primer plano, el organismo experimenta una cierta excitación, aparece una emoción o un afecto y, acto seguido, “hay elección y rechazo de las posibilidades, agresión<sup>6</sup> para acercarse y superar los obstáculos, orientación y manipulación deliberadas” (Perls et al., 1951, p. 227); en la etapa de *contacto final*, se produce el contacto con el objetivo del organismo y se relaja cualquier actitud deliberada, generándose una acción unitaria espontánea de percepción, movimiento y sentimiento que incluye una disolución temporal de la frontera de contacto con la finalidad de posibilitar la asimilación genuina de algún elemento del entorno; y, por último, la etapa de *post-contacto* implica restablecimiento del límite de contacto, distanciamiento y retirada y constituye la asimilación propiamente tal del contacto que se ha desplegado, a través de la cual la experiencia vivida se metaboliza e integra a la estructura organísmica (Latner, 1973, 1992; Perls et al., 1951; Robine, 1997). Una vez que el ciclo ha llegado a su fin, la próxima necesidad emergente impulsa al organismo a dar inicio al próximo ciclo de contacto.

El modelo inicial de Perls y sus colaboradores fue ampliado y refinado posteriormente, en particular, en el Instituto Gestáltico de Cleveland. Siguiendo a terapeutas gestálticos como Zinker (1977) y Kepner (1987), el ciclo de la autorregulación organísmica involucra las siguientes etapas: (1) aparición de una *sensación*, (2) *darse cuenta* de la necesidad emergente que la sensación señala, (3) *movilización* de suficiente energía como para iniciar la satisfacción de la necesidad dominante, (4) *acción* en el sentido de “la conducta o movimiento que lo pone a uno en contacto [...]” (Kepner, 1987, p. 89), (5) *contacto* en el sentido de aquel

---

<sup>6</sup> En el contexto de la terapia gestáltica, el concepto de la agresión no se refiere ni exclusiva ni primariamente a lo que este término por lo común denota. Agresión, en la obra de Perls, viene a designar la capacidad del organismo de des-estructurar –agredir– aquellos elementos del ambiente que necesita asimilar y, al mismo tiempo, su capacidad de rechazar aquellos elementos del entorno que percibe o experimenta como perjudiciales o dañinos.

“proceso psíquico por el cual me comprometo [...]” (Zinker, 1977, p. 78) con el elemento relevante del ambiente y (6) *retirada*.

Las dificultades surgen en cuanto este ciclo es interferido de modo habitual por medio de la utilización de mecanismos neuróticos que ocasionan perturbaciones significativas del límite de contacto, ya que en este caso el individuo es incapaz de encontrar satisfacción a sus necesidades orgánicas –una situación que, tarde o temprano, conduce a un cierto grado de malestar. Las resistencias funcionales son entendidas, en este contexto, como mecanismos de bloqueo o interrupción del ciclo de contacto<sup>7</sup>, que representa la manifestación de la auto-regulación del organismo. Kepner (1987) indica que los diferentes tipos de resistencias no son exclusivos de alguna etapa específica del ciclo de la experiencia, aunque son más evidentes y su acción más fácilmente reconocible en etapas particulares.

A continuación, describiremos los diversos mecanismos neuróticos o perturbaciones del límite de contacto que la teoría de la terapia Gestalt ha reconocido y conceptualizado desde las formulaciones originales de Perls (1947) y a partir de los cinco mecanismos detallados por Perls, Goodman y Hefferline en 1951. Los terapeutas gestálticos contemporáneos han reconocido que las cinco perturbaciones de la frontera de contacto puntualizadas por ellos no agotan las posibilidades existentes de manipulación del límite entre organismo y ambiente y están abiertos a descubrir mecanismos adicionales de la neurosis y, con ello, transacciones aún desconocidas de la resistencia (Latner, 1992).

### *Desensibilización*

Aunque Perls et al. (1951) hacen algunas alusiones dispersas al fenómeno orgánico de la desensibilización, no llegaron a elaborarlo como concepto formal, al menos en parte debido a que esta noción es más significativa en el marco del desarrollo posterior del ciclo de la experiencia. Según Kepner (1987), cuando

las sensaciones son perturbadoras y no es posible evitarlas actuando sobre la fuente ambiental de la perturbación o escapando de ella, una manera de enfrentarlas es alterar la percepción de la sensación. Los seres humanos somos capaces de amortiguar el impacto de las sensaciones ya sea reduciendo su calidad de atención o disminuyendo la capacidad de sus órganos de percepción. Este proceso de enfrentarse a las sensaciones perturbadoras alterando la capacidad de percepción es llamado *desensibilización*. (p. 98, cursiva del original)

---

<sup>7</sup> Esta conceptualización es uno de los motivos debido a los cuales muchos psicoterapeutas gestálticos han considerado que los mecanismos de la neurosis y las perturbaciones del límite de contacto representan *impedimentos* al contacto y no formas de contacto en sí mismas. Dado el uso general que se hace de esta conceptualización, es importante no perder de vista que es relativa y que, en términos clínicos, las resistencias al contacto son, también, formas de establecer contacto. Para una discusión más detallada, véanse las reflexiones que concluyen este trabajo.

La situación típica que caracteriza a la mayoría de los clientes es la existencia de una capacidad disminuida para experimentar sus sensaciones.

La desensibilización es un disturbio del límite de contacto que impide al organismo experimentar una sensación que llevaría a la toma de consciencia de una necesidad que busca ser resuelta. La percepción de las sensaciones como perturbadoras o amenazantes que conduce a la desensibilización se puede deber a varias razones, incluyendo las circunstancias de que sean intrínsecamente incómodas (p. ej., dolor físico, hambre o frío), de que se vuelvan incómodas cuando la necesidad organísmica que traen consigo no puede ser satisfecha dado determinado contexto (p. ej., la necesidad de movimiento se puede convertir en tensión cuando no puede ser satisfecha) o de que alguna sensación entre en conflicto con alguna creencia inconsciente muy arraigada del individuo (en términos técnicos, que entre en conflicto con un introyecto; véase más adelante para mayores detalles).

El proceso de la desensibilización puede actuar, entre otras formas, mediante la atención selectiva (evitar prestar atención o distraerse), la intelectualización (desconectarse de la realidad corporal), la interferencia con la respiración (congelar la vivacidad de las sensaciones) y las contracciones musculares crónicas (adormecer la vitalidad del cuerpo). Implica una restricción de la amplitud de las posibilidades de contacto con el entorno y de las áreas posibles de experiencia propias del organismo. Cuando constituye una “desensibilización estructural” (Kepner, 1987, p. 100) –esto es, inflexible y duradera–, la vivencia que el individuo tiene de sí mismo y del mundo muchas veces es de pocos contrastes tanto sensoriales como psicológicos y, con ello, de menor intensidad y de que las cosas siguen iguales sin sufrir cambios. En ocasiones, el individuo puede intentar alejarse de una experiencia plana habitual y acceder a vivencias sensoriales más intensas por medio de la ingestión de alcohol y drogas o a través de la realización de actividades que involucran peligro y riesgo.

El rango de la desensibilización varía desde la desensibilización selectiva más simple, que tiende a ser una característica importante de la adaptación al campo organismo-entorno típica de la neurosis, hasta estados más graves de disociación respecto de la experiencia del cuerpo. Grados elevados continuados de desensibilización a menudo guardan relación con los fenómenos psicopatológicos de la despersonalización cuando está dirigida hacia el self y su fundamento corporal y con la des-realización cuando se dirige hacia los órganos de percepción del entorno (Kepner, 1987). En este sentido, la desensibilización grave está vinculada con las condiciones psicóticas, en particular, siguiendo a Zinker (1977), con algunos estados esquizofrénicos en los cuales la persona no parece responder a los estímulos sensoriales que provienen de su propio cuerpo.

## *Proyección*

El mecanismo neurótico de la proyección es una transacción fundamental de la resistencia que, en el marco de la terapia gestáltica, fue definida por Perls et al. (1951) como

un rasgo, una actitud, un sentimiento, o un fragmento de comportamiento que, realmente, pertenece a tu propia personalidad, pero no es experimentado como tal; en vez de esto, se atribuye a objetos o personas del entorno, y luego se experimenta como dirigida por ellos *hacia* ti, en vez de que sea al revés. (p. 557, cursiva del original)

Con posterioridad, Perls (1973) la describió como el reverso de la introyección<sup>8</sup> y como tendencia a hacer responsable al ambiente de lo que se origina en el self del individuo. Los psicoterapeutas gestálticos contemporáneos consideran, en términos generales, que la proyección puede ser entendida como “una interrupción en el contacto al tratar una parte del sí mismo como si fuera un objeto en el entorno [...]” (Kepner, 1987, p. 111) y, por otro lado, reconocen que el fenómeno psicológico de imputar al ambiente lo complementario a lo que el organismo experimenta como manera de legitimar su propia experiencia también puede ser considerado proyección (Delisle, 1993).

El organismo que proyecta tiene dificultades importantes para distinguir, de modo claro y adecuado, entre aquellas facetas de su personalidad y de su funcionamiento que, en efecto, le pertenecen y aquellos elementos que forman parte del entorno y de las demás personas y que, en consecuencia, le son ajenos. En este sentido, la proyección representa una confusión entre el self y el ambiente –una confusión significativa de la identidad personal– que es resultado de la atribución de algún aspecto del individuo al mundo exterior (Perls, 1973; Polster & Polster, 1973; Yontef, 1993). Desde el punto de vista del proceso de contacto, el límite de contacto no es disuelto, sino que es reubicado: es establecido, de acuerdo a Perls (1973) y Casso (2003), un poco demasiado a nuestro favor, de manera que el organismo percibe y experimenta partes de sí mismo como si fueran partes del entorno –es decir, corre el límite de contacto hacia afuera, más allá de los límites orgánicos efectivos. Así, el individuo está literalmente de ambos lados de la frontera de contacto y, habiendo convertido una faceta de sí mismo en un aspecto del ambiente, en el proceso de contacto se encuentra consigo mismo.

Visto desde la perspectiva de las etapas del proceso de contacto, la proyección es un mecanismo neurótico que actúa interfiriendo el contacto pleno entre las etapas de sensación y darse cuenta. A diferencia de lo que ocurre en la desensibilización, en la proyección el organismo es capaz de experimentar con claridad la sensación corporal que señala la aparición de una necesidad orgánica y la emoción que la acompaña y que liga la necesidad al menos vagamente con algún elemento externo oportuno. Sin embargo, no asocia la sensación y el afecto consiguiente con el self y no se identifica con ellos; por el

---

<sup>8</sup> Véase la próxima sección para más detalles.

contrario, los mantiene separados y, por lo tanto, es incapaz de generar una respuesta activa acorde a la búsqueda de satisfacción de la necesidad específica emergente (Kepner, 1987; Perls et al., 1951). De hecho, el individuo que proyecta inhibe los impulsos psicomotores organísmicos para evitar el proceso de dejarse llevar por las implicancias de su vivencia corporal. Con ello, el cuerpo se transforma en un objeto de la experiencia, deja de ser vivenciado como sujeto experiencial y es tratado como si fuera ajeno al self.

Perls et al. (1951) describieron el fenómeno de la proyección, con más detalle y de modo más sistemático, como mecanismo neurótico que incluye al menos cinco fases distintivas. En primer lugar, el organismo es consciente de la naturaleza de un impulso o una necesidad que ha surgido y, asimismo, de los objetos ambientales. En segundo lugar, interrumpe su propia actitud agresiva hacia el entorno, una actitud que es indispensable para una expresión y un contacto plenos –es decir, no se produce la identificación organísmica con ni se completa la actitud agresiva. En tercer lugar, el individuo pierde la sensación de que es él o ella quien experimenta el impulso o la necesidad, por lo cual el impulso o la necesidad presente es excluida de las posibilidades o actividades que el individuo considera aceptables para sí mismo y para el ambiente. No obstante, permanece el darse cuenta de que tal impulso o necesidad existe, debido a lo cual, en cuarto lugar, el origen del impulso o la necesidad es trasladado hacia el mundo exterior, típicamente hacia alguna persona en particular. Por último, el impulso parece dirigido, a la fuerza, hacia el organismo porque “tu ‘yo’, sin que sea consciente de ello, *está* a la fuerza interrumpiendo tu propio impulso dirigido hacia fuera” (p. 557, cursiva del original).

El individuo proyector, por distintos motivos, desea evitar la potencial frustración de su necesidad y, con la finalidad de llevar a cabo esta evitación, se niega a reconocer la sensación y la emoción como propias. Debido a ello, Kepner (1987) se refiere a la proyección como una negación de la experiencia y del cuerpo que es, al mismo tiempo, una negación de la necesidad y una negativa a involucrarse en una situación de enfrentamiento con el ambiente. “Ya que la emoción no surge de él, el individuo la atribuye a la otra realidad posible, el entorno: la siente ‘en el aire’ o también dirigida contra él por el otro” (Perls et al., 1951, p. 289). Desde este punto de vista, la proyección involucra una incapacidad para soportar la responsabilidad de los propios deseos y sentimientos. Perls (1973) señala dos formas en las cuales la incapacidad mencionada se manifiesta: el individuo emplea la proyección tanto en relación a sus quehaceres en el mundo externo al desposeer sus propios impulsos y sus propias necesidades, como para desposeer aquellas partes de sí mismo en donde se originan los impulsos y las necesidades conflictivas. “Les confiere, por así decir, una existencia objetiva fuera de él, de modo que puede culparlos de sus problemas sin encarar el hecho de que son parte de él mismo” (p. 46).

Paradójicamente, el organismo tiende a manifestar una actitud de provocación pasiva respecto del ambiente, lo cual de acuerdo a los psicoterapeutas



gestálticos indica la presencia de un deseo profundo –aunque negado y reprimido– de acercamiento y contacto con determinados elementos pertenecientes al entorno. En este sentido, dado que el individuo por distintas razones se siente incapaz de iniciar la interacción organismo-entorno, concreta este deseo adjudicando su propia motivación al ambiente con el objetivo de conseguir que el entorno dé inicio a un intercambio –se inmoviliza y espera que su problemática sea solucionada desde afuera sin su intervención activa. En vez de ser un participante proactivo en su vida, se convierte en objeto pasivo y víctima de las circunstancias (Perls, 1973; Polster & Polster, 1973). Sin embargo, cuando el contacto está a punto de producirse y/o se produce, el individuo experimenta una intensa ansiedad. En esta ansiedad, el organismo que proyecta se encuentra con su propia agresión. Perls et al. (1951) consideran que, de esta manera, la proyección busca lograr una escenificación del escenario que el individuo, de modo simultáneo, más desea y más teme.

Para Kepner (1987), la proyección puede ser entendida como forma específica de enfrentar un conflicto entre aspectos de la personalidad que no han sido permitidos o validados por el entorno. En la proyección, el mundo exterior se transforma en el campo de batalla donde se llevan a cabo conflictos que, en realidad, son interiores. Representa un modo concreto de desposeer y renunciar a aquellas facetas del funcionamiento orgánico que son percibidas como dificultosas, ofensivas o poco atractivas. Desde esta perspectiva, la mayor parte de las proyecciones están ligadas íntimamente a la activación de ciertos introyectos inconscientes, puesto que éstos conducen a menudo a actitudes de no aceptación y de auto-alienación de aspectos del self que, a su vez, llevan a la necesidad de proyectarlos (Perls, 1973; Polster & Polster, 1973). Siguiendo a Perls (1973), el individuo que proyecta, en efecto, percibe determinados introyectos como partes intrínsecas de sí mismo y experimenta aquellas facetas de su personalidad de las cuales se quiere deshacer como introyectos no digeridos e, incluso, indigeribles. Espera liberarse de estos introyectos fantaseados que, en realidad, no son introyectos genuinos, sino partes proyectadas de su self.

La proyección surge, en esencia, de una sensación intensa de que el organismo no podrá, al mismo tiempo, sobrevivir y poseer sus impulsos y necesidades, ya que identificarse con ellos amenaza con implicar al individuo en situaciones que, según cree, lo ponen en peligro (Latner, 1973). Debido a esta percepción, como hemos visto, determinados impulsos y necesidades son negadas y proyectadas en elementos del entorno. Con ello, puesto que aquello que es rechazado deja de ser experimentado como propio, la personalidad se empobrece. De acuerdo a Latner (1973), la proyección involucra borrar la realidad y destruir lo verdadero y precipita la necesidad de llenar el hueco que se ha creado mediante fantasías. Piensa que, de este modo, el ser humano deja de ser completo y, donde “teníamos aspectos que no podíamos soportar, llegamos a tener vacíos porque hemos vertido partes de nosotros mismos en el ambiente” (p. 123).

También Perls et al. (1951) y Perls (1973) reconocen el rol significativo que juega la fantasía en la personalidad del individuo que proyecta en al menos dos sentidos. Por un lado, el mundo interno de la imaginación parece manifestar una tendencia a ser muy activo y vívido y, por otro lado, en muchas ocasiones “los individuos han hecho suposiciones basadas en sus propias fantasías y no han reconocido que son solamente suposiciones” (Perls, 1973, p. 46). Las dificultades del individuo que proyecta para asumir su responsabilidad sobre diversas facetas de sí mismo se extiende, además, a su posibilidad de hacerse responsable de la distorsión de su percepción de la realidad que sus fantasías generan. Latner (1973) opina que las circunstancias descritas colocan al individuo en una condición de desvalimiento infantil porque no puede experimentar partes de sí mismo que le permitirían custodiarse a sí mismo –dicho de otra manera, el organismo permanece inmaduro y dependiente del apoyo ambiental.

Para Perls (1947), la

proyección esencialmente es un fenómeno inconsciente. La persona que proyecta no puede distinguir en forma satisfactoria entre el mundo interior y el exterior. Visualiza en el mundo exterior aquellas *partes de su propia personalidad con las que se niega a identificarse*. El organismo las experimenta como si estuvieran fuera de las fronteras del ego y reacciona consecuentemente con agresión. (p. 204, cursiva del original)

En términos más propiamente clínicos, el individuo que proyecta de modo habitual se caracteriza por una experiencia típica marcada por la rigidez muscular, por una actividad fantásica cargada de imágenes ligadas al sufrimiento y a una sensación de amenaza y, asimismo, por una tendencia al pensamiento ruminativo y cargado de afectos (Perls et al., 1951). Tiende a aducir una serie de “pruebas” de que aquello que imagina corresponde a lo que observa y, en este sentido, muchas veces se apropia de un elemento verdadero que adorna y cuya relevancia exagera. Así, mediante la utilización de justificaciones y racionalizaciones, construye su propio daño, experimentándolo como daño que le es infligido desde afuera. Un aspecto importante que contribuye a la percepción de que lo que imagina es real, según Perls et al. (1951) y Latner (1992), es que a menudo el individuo proyecta sobre personas, objetos o teorías que, en sí mismas, constituyen pantallas “adecuadas” de proyección dado que exhiben al menos algún rasgo o actitud parciales que facilitan la justificación de la proyección.

Más allá, el individuo que proyecta tiende a tener aguda consciencia de sus propias facetas personales negadas como características presentes en los demás y, en consecuencia, a emitir con facilidad juicios sobre las demás personas y a actuar en base a sus juicios sin verificar si acaso se corresponden con la realidad consensual (Casso, 2003). Desde esta perspectiva, cuando dice “Ellos”, por lo común quiere decir “Yo”. Gran parte del tiempo sólo ve en el entorno reflejos de las partes negadas de su propia personalidad, con lo cual estrecha sus posibilidades de contacto con el entorno real y disminuye su capacidad de

responsabilizarse de sus proyecciones. De acuerdo a Kepner (1987), aunque tiende a disponer de un sentido cinestésico muy desarrollado, trata la experiencia de su propio cuerpo como si fuera algo que le sucede al cuerpo o que está fuera del self y se experimenta como emocionalmente separado de sí mismo. La desconexión respecto del cuerpo minimiza el impacto de las sensaciones corporales en la organización de la conducta y omite datos relevantes para el reconocimiento de las necesidades orgánicas emergentes. Más allá, la necesidad de estos individuos “de controlar sus cuerpos indica cuán fuera de control sienten que está su sí mismo corporal” (p. 112). Esta necesidad de control rígido sobre los impulsos del cuerpo, por su parte, favorece la expresión impulsiva y explosiva de sentimientos y conductas que, cuando se produce, es vivenciada como ajena al self.

Perls (1973) planteó la importancia de diferenciar entre la proyección como proceso psicopatológico y como una suposición basada en la observación, cuya adecuación está abierta a corrección. Desde entonces, la gran mayoría de los psicoterapeutas de orientación gestáltica ha enfatizado esta distinción. Por un lado, se ha afirmado que el sello distintivo de la proyección psicopatológica es la ausencia del darse cuenta respecto de su ocurrencia y respecto de la manipulación del límite de contacto, así como una falta de la capacidad para responsabilizarse de aquello que se proyecta y para reconocer la contribución de las propias fantasías a la construcción de la propia percepción (Latner, 1973, 1992; Yontef, 1993). Por otro lado, ha quedado claro que existen diferentes grados de proyección, variando desde la paranoia hasta los prejuicios (Perls, 1973; Perls et al., 1951).

En el extremo “sano” o “normal”, siguiendo a Perls et al. (1951), Perls (1973), Polster y Polster (1973), Kepner (1987) y Yontef (1993), la proyección puede manifestarse de modo útil en determinados contextos, por ejemplo en intuiciones o presentimientos que apoyan el ajuste creativo al entorno, en la planificación y anticipación o también en la creatividad artística que involucra un cierto tipo de procesos imaginativos proyectivos. Polster y Polster (1973) opinan que la proyección es una reacción natural, sin la cual sería imposible extrapolar lo que se sabe o intuye acerca de uno mismo como válido para los demás y, por lo tanto, sin ella no sería posible la comprensión y comunicación entre los seres humanos. Debido a ello, es un proceso psicológico que, en alguna medida, es apoyado por la cultura y la socialización (Kepner, 1987).

### *Introyección*

La introyección es, tal vez, el mecanismo neurótico mejor descrito por el mismo Perls, sobre todo porque Perls empleó una metáfora general que impregna la mayor parte de su obra con la finalidad de graficar sus características centrales. La terapia gestáltica supone que, tanto física como psicológicamente, la satisfacción de las necesidades del organismo mediante la utilización o asimilación de elementos del ambiente es un proceso que implica dos aspectos básicos: incorporación de algo que proviene del entorno y des-estructuración de lo incorporado por medio

de la agresión para proporcionarle una forma que el organismo sea capaz de integrar en su estructura (Casso, 2003; Latner, 1973; Perls, 1973; Perls et al., 1951). La metáfora perlsiana es, de este modo, la de la alimentación –así como el individuo ingiere alimentos físicos y los adapta con tal de poder procesarlos en términos fisiológicos, recibe y necesita alimentos psicológicos que también deben ser “digeridos” para poder formar parte de la personalidad. Tal como indica Yontef (1993):

En terapia gestáltica, el metabolismo se usa como metáfora del funcionamiento psicológico. Las personas crecen mascando un trozo de tamaño adecuado (ya sea alimentos, ideas o relaciones), masticándolo (considerándolo) y descubriendo si es nutritivo o tóxico. Si es nutritivo, el organismo lo asimila convirtiéndolo en parte de él. Si es tóxico, lo escupe (lo rechaza). (p. 131)

Las raíces latinas del término introyección –*yacere* (echar) e *in* (adentro)– son un reflejo claro del proceso fundamental que está involucrado en este mecanismo de la neurosis. En el contexto esbozado, siguiendo a Perls (1973), a diferencia de la asimilación saludable, la introyección es “el mecanismo neurótico mediante el cual incorporamos dentro de nosotros mismos, patrones, actitudes, modos de actuar y pensar que no son verdaderamente nuestros” (p. 45). Puede ser visualizada como una especie de pseudo-metabolismo que implica la incorporación pasiva de elementos del entorno que no son digeridos y que, por lo tanto, no son asimilados. Un introyecto, en este sentido, es un contenido específico (p. ej., un valor, una creencia, una pauta conductual, una reacción habitual, etc.) que el organismo incorpora de modo no selectivo sin asimilarlo y que ha sido adoptado a base de una recepción e identificación forzadas; es, en consecuencia, una pseudo-identificación. Así, el funcionamiento de una personalidad a partir de un pseudo-metabolismo y de pseudo-identificaciones muchas veces impresiona al psicoterapeuta como una “personalidad como-si” inauténtica y basada en la imitación (Latner, 1973; Yontef, 1993).

Desde el punto de vista del proceso de contacto, la introyección implica que el organismo, dada la presencia y activación de un introyecto entre las etapas de darse cuenta y movilización energética (aunque, como vimos, la acción de un introyecto más o menos inconsciente puede estar involucrada tanto en la desensibilización como en la proyección), desplaza su propia necesidad emergente y la reemplaza por actitudes, patrones conductuales y reacciones que se rigen por algún imperativo o principio externo o por la necesidad o el deseo de otra persona (Casso, 2003; Perls, 1947; Perls et al., 1951). A menudo, el individuo apenas se molesta en aclarar la naturaleza de su necesidad orgánica y, cuando el ambiente procede en desacuerdo con esa necesidad o con sus preferencias, actúa en base a la conformidad ya que reconoce como propio el interés del otro. El límite de contacto, según Perls et al. (1951), Perls (1947, 1973), Latner (1992) y Casso (2003), mantiene su carácter definitorio como lugar de encuentro entre diferencias, pero su ubicación es alterada: se corre hacia dentro, de manera que aquello que es

parte del entorno parece formar parte del organismo; el individuo introyector afirma "Yo pienso" cuando en realidad quiere decir "Ellos piensan". Con ello, la introyección "establece la frontera no entre nosotros mismos y el ambiente, sino entre una parte de nosotros mismos y otra" (Latner, 1992, p. 38).

Mediante el empleo de la introyección, el organismo neutraliza su propia existencia puesto que evita la agresión que acentúa su identidad como entidad diferente del entorno y que es imprescindible para des-estructurar lo que necesita del ambiente y, al mismo tiempo, inhibe sus posibilidades de crecimiento puesto que impide el funcionamiento natural del mecanismo de asimilación (Latner, 1992; Perls, 1973; Polster & Polster, 1973). El organismo simultáneamente aniquila y acepta el ambiente al "tragárselo" por completo y, con ello, borrarlo. El individuo busca evadir el conflicto que surge de las diferencias entre organismo y ambiente, debido a lo cual es incapaz de reconocer sus propios intereses como contrapuestos a los intereses de ciertas figuras significativas y, de esta manera, sacrifica aspectos valiosos de su personalidad. Para Perls (1973), Kepner (1987) y Latner (1992), los introyectos no son asimilados y, en consecuencia, mantienen su forma original, saturando el "espacio organísmico" disponible para la aparición de diversas formas de experiencia y conducta y para la adquisición de nuevas modalidades de vivencia y comportamiento. En este sentido, al eludir la evaluación de lo que se enfrenta en el entorno a la luz de valores y necesidades propias, el individuo sólo es capaz de recurrir a un repertorio experiencial y conductual restringido, estereotipado, rígido e imitativo. Su comportamiento parece vago, inauténtico y carente de vitalidad.

En términos evolutivos, Latner (1973) asevera que la introyección está ligada al intento del niño de comenzar a "remediar nuestras incapacidades llenando los vacíos internos y adoptando actitudes y conductas discretas que creemos que nos ayudarán a sobrevivir" (p. 123). Cree que la introyección puede ser entendida como una especie de identificación con el "enemigo" –los padres– dado que se percibe que no es posible vencerlos y la solución introyectiva busca unirse a ellos con la finalidad de acceder al poder que poseen o que el niño les atribuye. Kepner (1987) piensa que el niño recurre a la introyección particularmente cuando se ve enfrentado a relaciones con adultos que acostumbran inmiscuirse en los límites de los otros por medio del planteamiento de exageradas expectativas de desempeño, reglas constantes y normas rígidas de conducta. De modo típico, se trata de padres que exigen a los demás adaptarse a sus propias necesidades narcisistas insatisfechas, debido a lo cual el niño ve sus necesidades organísmicas desplazadas de manera crónica y maneja estas circunstancias mediante la alteración descrita de su límite de contacto.

En este contexto evolutivo, el niño percibe numerosos mensajes del tipo "Deberías..." que sus padres le transmiten verbal y conductualmente y que sólo pocas veces son congruentes con lo que el organismo infantil siente que son sus necesidades. Las autoridades externas, cuyos juicios y apreciaciones prevalecen en la relación con el niño a la fuerza, erosionan su identidad organísmica y

disminuyen cada vez más su confianza en los movimientos y las reacciones orgánicas espontáneas (Polster & Polster, 1973). El niño eventualmente se rinde, los valores exteriores logran imponerse a su self y su actitud hacia el entorno se torna resignada y sumisa y permanece, hasta la edad adulta, en un estado infantil. Empieza a aceptar normas autoritarias aunque estén en contradicción aguda con lo que siente y piensa, una situación que resulta en una capacidad perjudicada de pensar y actuar por sí mismo. Se ve forzado a alienar sus propias normas potenciales, muchas veces percibidas como principios egoístas que van en contra de las afirmaciones de tipo "Así es como debe ser".

La introyección se establece, entonces, siguiendo dos pasos fundamentales: el individuo incorpora fragmentos y trozos de representaciones exteriores que considera le permitirán enfrentar con éxito aquellas circunstancias del campo organismo-ambiente que sus respuestas orgánicas parecen no poder solucionar y, con posterioridad, pierde consciencia de que ha comenzado a actuar, empieza a creer que es aquello que está representando y olvida su rendición (Latner, 1973; Polster & Polster, 1973). Se desconecta del hecho de que, en algún momento, renunció al sentido de libre elección en la vida. De acuerdo a Perls et al. (1951), el desplazamiento de la necesidad orgánica emergente es llevado a cabo a través de la inversión del afecto que, en un organismo saludable, acompaña la emergencia de una necesidad. Así,

el que introyecta asume su apetito frustrado invirtiendo su afecto antes de que pueda reconocerlo. Este cambio de dirección se hace, sencillamente, mediante la inhibición misma. Lo que se quiere se siente como inmaduro, desagradable, etc. O al revés, si es un impulso para rechazar algo que está inhibido (oponerse a la nutrición forzada), se convence a sí mismo de que lo que no quiere es bueno para él, que es lo que realmente desea, etc. Pero lo coge sin degustarlo ni masticarlo. (p. 288)

Más allá, desde una perspectiva clínica, el individuo introyector tiende a expresar opiniones propias conmovedoramente infantiles pero que, debido a los atributos que toma prestados para adornarlas, parecen afectadas y estúpidas (Perls et al., 1951). Siguiendo a Perls et al. (1951), la capacidad de experimentar náusea y asco está inhibida porque la repugnancia es negada por medio de la pérdida del gusto y el apetito, la mandíbula a menudo está abierta en una sonrisa forzada, la pelvis está retraída y la respiración retenida –existe una actitud masoquista subyacente que "consiste en infligirse a uno mismo sufrimiento con la aprobación de sus falsas identificaciones" (p. 289) o introyectos. Aunque el organismo pretende evitar la agresión, se violenta a sí mismo por medio de la reversión del afecto y agrade a su entorno mediante la resignación (aniquilación por identificación). Puesto que la personalidad del introyector está compuesta de un sinnúmero de conceptos sobre sí mismo (deberes, criterios y opiniones), el individuo ha perdido su espontaneidad orgánica. Los introyectos rigen su funcionamiento y lo mantienen en un estado más o menos inconsciente de

incomodidad y malestar, lo vuelven propenso a desviaciones y actitudes inesperadas de rebeldía y, asimismo, lo dejan en un estado de frustración cada vez que el sistema introyectado de valores resulta incompatible con alguna necesidad orgánsmica presente (Polster & Polster, 1973).

Tres rasgos sobresalientes de la personalidad de un introyector estructural son la impaciencia, la pereza y la avidez<sup>9</sup> (Perls et al., 1951; Polster & Polster, 1973). Estas tres características psicológicas representan un impedimento primario al proceso natural de des-estructuración y asimilación, ya que la impaciencia lleva a engullir con rapidez, la pereza se opone al esfuerzo indispensable por “digerir” y la avidez conduce al deseo de adquirir lo más posible lo más pronto posible sin la discriminación adecuada. Además, el introyector crónico está aferrado de modo desesperado a aquello que ha dejado de ser nutritivo y, por lo tanto, se resiste a la expulsión de los elementos extraños al organismo como si se tratara de elementos muy valiosos. Junto a ello, manifiesta un deseo básico de que la vida continúe siempre igual: cuando sus circunstancias cambian, tiende a vivenciar ansiedad y angustia y asume una actitud defensiva puesto que intenta seguir comportándose de acuerdo a las normas introyectadas. En otros momentos, reduce la vida a una mera variación de lo ya experimentado con el objetivo de proveerse de un escudo protector frente a lo novedoso, que percibe como peligro. Por otro lado, Perls (1973) asevera que la introyección, en el caso típico de que se han introyectado dos conceptos contradictorios o incompatibles, coloca al individuo en una situación de tensión y conflicto continuados ya que éste muchas veces busca reconciliarlos por todos los medios posibles. La inmovilización y la presencia de polaridades disociadas tiende a ser consecuencia de esta lucha interior.

La introyección es un proceso que puede ser sano y neurótico, dependiendo del contexto en el cual se produce, de su utilidad y de la disminución de la capacidad de darse cuenta del individuo que implica (Perls, 1973; Perls et al., 1951; Yontef, 1993). De hecho, Perls (1973) considera que el material contenido en los introyectos sería de gran valor para el crecimiento del organismo si pudiese ser transformado y asimilado. Latner (1992), por su parte, piensa que la introyección consciente es probar algo y que cuando es inconsciente es jugar un rol sin reconocer que tal rol ha sido asumido. Es importante no olvidar que, sin la habilidad orgánsmica para introyectar, la convivencia social y la cultura no serían logros humanos capaces de mantener una cierta continuidad en el tiempo.

## *Retroflexión*

---

<sup>9</sup> Esta constelación de rasgos de personalidad también parece guardar una relación estrecha con dos de los ejemplos clínicos que Perls et al. (1951) proporcionan del funcionamiento crónico y neurótico de la introyección: el alcoholismo y la promiscuidad sexual. Para mayores detalles, véase el capítulo 7 del volumen 1 de *Terapia Gestalt*.

El mecanismo neurótico de la retroflexión fue descrito por Perls (1947), en un inicio, de la siguiente manera: “Retroflexionar significa que una función, originalmente dirigida desde el individuo hacia el mundo, cambia su dirección y se tuerce hacia atrás en dirección de su originador [...]” (p. 155). De modo literal, el término quiere decir “darse bruscamente la vuelta contra algo” o “volverse atrás intensamente en contra de algo”. Perls et al. (1951) hacen referencia a ella, en general, como concepto que engloba cualquier acto deliberado de autocontrol durante un encuentro dificultoso con el entorno o, también, como manipulación del propio cuerpo y los propios impulsos, los cuales pasan a actuar como sustituto de otras personas u objetos. Algunos psicoterapeutas gestálticos contemporáneos consideran que la retroflexión a menudo representa una manifestación psicopatológica del autocontrol y que es el proceso organizativo mediante el cual se inhiben o distorsionan, en lo fundamental, las posibilidades de movimiento espontáneo del cuerpo (Kepner, 1987; Latner, 1973).

La característica básica y definitoria de la retroflexión es que el organismo comienza bien a hacerse a sí mismo lo que desea hacerle a su entorno, bien a hacerse a sí mismo lo que desea que su entorno le haga a él<sup>10</sup> (Kepner, 1987; Perls, 1973; Perls et al., 1951; Polster & Polster, 1973; Yontef, 1993). Es decir, por distintas razones el individuo es incapaz de llevar a cabo en el ambiente aquellas actividades que conducirían a la satisfacción de sus necesidades y, en consecuencia, se siente forzado a reemplazar el entorno por sí mismo. De acuerdo a Perls (1973), el individuo retroreflector establece una línea demarcatoria clara entre él mismo y el ambiente, pero en realidad la traza por el medio de sí mismo. Para Latner (1992), el límite de contacto mantiene sus propiedades, pero es perturbado mediante el cambio de su ubicación: impulsado por la percepción de no poder contactar los elementos ambientales oportunos y con la consiguiente finalidad de alterar aquello que contacta, el organismo que retroflexiona coloca la frontera de contacto de manera que termina siendo su propio ambiente –encontrándose de ambos lados del límite y siendo el único entorno tangible– y realiza aquello que estaba, originalmente, dirigido hacia fuera de sí mismo sobre sí mismo.

Deja de dirigir sus energías hacia afuera en un intento de manipular y llevar a cabo cambios en el ambiente que le satisfarán sus necesidades; más bien, reorienta su actividad hacia adentro y se sustituye a sí mismo por el ambiente como objetivo del comportamiento. (Perls, 1973, p. 50)

El individuo retroreflector se trata a sí mismo tal como originalmente trató, quiso tratar o intentó tratar a otras personas u objetos pertenecientes al campo organismo-entorno. Tiene dificultades importantes para dar curso a los impulsos

---

<sup>10</sup> Peñarrubia (1998) observa que la segunda posibilidad, el hecho de que el organismo se hace a sí mismo lo que desea que el entorno le haga a él, es una combinación de proyección y retroflexión que constituye una forma de manipulación seductora. Indica que la psicoterapeuta gestáltica Sylvia Crocker introdujo el término *proflexión* para distinguir esta perturbación del límite de contacto de la retroflexión genuina.



organísmicos que buscan la satisfacción de sus necesidades en el ambiente y que, con ello, lo comprometen con determinados elementos ambientales –en este sentido, la retroflexión es una interrupción del ciclo de la experiencia que se produce entre las etapas de movilización energética y acción. Desde la perspectiva de la terapia gestáltica, el organismo interrumpe sus movimientos o impulsos naturales debido a la presencia de un temor profundo a herir o destruir a un elemento significativo del entorno o, por otro lado, debido a la existencia de un miedo a ser herido o dañado por parte del ambiente (Perls et al., 1951).

En términos evolutivos, Perls et al. (1951) opinan que, en algún momento del desarrollo infantil, el individuo se “ha encontrado con algo que en aquel entonces suponía para él una oposición insuperable” (p. 481) y, en la mayoría de los casos, los cuidadores del niño se mostraron hostiles a sus tentativas inocentes de satisfacer sus necesidades y tendieron a frustrarlo y castigarlo. Las diferencias de poder existentes garantizaron el fracaso del niño y, para evitar el dolor emocional y la sensación de amenaza implicados en su derrota, renuncia a la satisfacción de sus propias necesidades y permite que el entorno imponga sus propios deseos a costa de los suyos. Esta frustración y el miedo asociado a ella conducen a que, de modo gradual, “las energías comprometidas se van a volver contra los únicos objetos disponibles y seguros en el campo, su personalidad y su propio cuerpo” (p. 291).

Polster y Polster (1973) creen que el entorno del niño, más que ser decididamente hostil, se muestra impermeable e insensible respecto de las actividades que el niño realiza con el objetivo de encontrar satisfacción a sus necesidades. Por lo tanto, el organismo infantil se ve obligado a aprender a no pedir demasiado a los demás y a satisfacerse a sí mismo –por ejemplo, en vez de buscar consuelo en sus padres, aprende a consolarse a sí mismo. Kepner (1987), por su parte, considera que el ambiente del niño tiende a negar las necesidades que éste manifiesta y castiga hasta el deseo de llevar a cabo ciertas acciones que llevarían a una resolución satisfactoria de la necesidad en cuestión. Así, el individuo aprende tempranamente no sólo a modular la acción involucrada, sino también a detener el acto de tratar de obtener algo del entorno. Cuando expresiones espontáneas de enojo, tristeza, disgusto, temor, amor o deseo son recibidas de modo regular con castigo, crítica o rechazo, el organismo aprende a inhibir sus expresiones afectivas por medio de la restricción de las mociones corporales que las constituyen, incluyendo la vocalización, la respiración, el brillo de los ojos y los movimientos de las diferentes partes del cuerpo (temblar, golpear, agarrar, escapar, etc.).

El castigo, sin embargo, no elimina la necesidad del organismo de comportarse de un determinado modo, sino que más bien le enseña al individuo a retener ciertas respuestas que el entorno califica de inadmisibles o a las cuales reacciona como si fueran inaceptables. En este contexto, el impulso a actuar permanece tan intenso como antes de inhibir su expresión puesto que no ha podido encontrar satisfacción y, además, organiza de manera continua las

actividades del aparato psicomotor (incluyendo postura corporal, patrón del tono muscular y movimientos incipientes) en dirección de una completación expresiva (Perls et al., 1951). Dadas sus experiencias infantiles, para evitar una renovada frustración de sus necesidades el individuo retrofecta sus impulsos con el objetivo de no comprometerse con un entorno que teme podría llegar a repetir una acogida reprobadora. Esto le permite evadir el conflicto entre organismo y ambiente que involucra la agresión en su sentido más amplio de des-estructuración que precede a asimilación y le posibilita eludir el contacto con los eventuales obstáculos ambientales. Esta actitud, según Perls et al. (1951), representa un intento, por ilusorio que sea, de deshacer el pasado ya que el retroreflector habitual lamenta haber recurrido alguna vez al ambiente en busca de satisfacción durante su infancia.

La retroflexión exige al organismo dividirse a sí mismo en dos energías o partes opuestas pero complementarias, un fenómeno fundamental que los psicoterapeutas gestálticos llaman más en general establecimiento de polaridades internas. Una parte del organismo se esfuerza sin cesar por lograr sus objetivos originales de satisfacción de alguna necesidad a través de la realización de una acción que lo conecta con el entorno y otra parte del organismo lucha sin cesar por controlar aquella parte que tiende hacia el contacto con el mundo externo. En otras palabras, el individuo debe escindir su personalidad en una parte activa que "hace" y que encauza sus actividades en contra de otra parte pasiva que "es hecha" o que sufre las acciones de la parte activa (Casso, 2003; Kepner, 1987; Perls, 1947, 1973; Perls et al., 1951; Polster & Polster, 1973) –esto es, una parte de la personalidad hace de otra parte de la personalidad su entorno. Así, la retroflexión puede ser entendida como "una resistencia de [ciertos] aspectos del sí mismo por el sí mismo" (Yontef, 1993, p. 132) y, más allá, el individuo literalmente "llega a constituirse en el peor enemigo de sí mismo" (Perls, 1973, p. 50). De este modo, lo que comenzó como conflicto entre organismo y ambiente se convierte en un conflicto interior entre dos aspectos de la personalidad o entre dos tipos contrapuestos de comportamiento. Este conflicto incluso se refleja en el lenguaje, por ejemplo cuando el individuo utiliza expresiones lingüísticas como "Me pregunto", "Me digo" o "Tengo que obligarme a mí mismo a hacer esto".

Desde este punto de vista, existe una relación íntima entre la retroflexión y la introyección. De hecho, la teoría de la terapia gestáltica supone que toda retroflexión tiene su origen en un introyecto consciente o inconsciente (Casso, 2003; Perls, 1947). Tal como ya hemos visto, la aparición del mecanismo de la retroflexión está vinculada íntimamente con el rechazo o la reprobación de determinadas conductas orgánicas por parte del entorno humano que rodea al niño. Este rechazo es introyectado y, tal como indican Polster y Polster (1973), se genera una secuencia experiencial típica que incluye los siguientes introyectos: "Mis padres no me prestarán ninguna atención", por lo tanto "Nadie me prestará atención" y, en consecuencia, "Tengo que proporcionarme la atención por mi propia cuenta". Así, el individuo condensa "su universo psíquico, y sustituye con

la manipulación de su propio yo lo que considera vanos anhelos de recibir atenciones ajenas" (p. 89). Las motivaciones de aquella parte de la personalidad que busca controlar a aquella otra parte de la personalidad que representa el impulso original también pueden ser visualizadas como derivados introyectados de las experiencias del niño. La psicodinámica característica del individuo que retrofecta es, en cierto sentido, una constante re-creación del vínculo reprobador que experimentó en su infancia: alguna vez fue castigado por alguna acción o impulso y, con posterioridad, se castiga a sí mismo tal como sus padres lo hicieron en un inicio.

Kepner (1987) distingue entre dos tipos distintos de retroflexión. En primer lugar, el organismo puede revertir una acción originalmente dirigida hacia afuera y ejecutarla sobre sí mismo, como cuando el individuo en vez de agredir a algún elemento del entorno aprieta su mandíbula y se agrede a sí mismo. En segundo lugar, el organismo puede inhibir físicamente la acción cuando ésta está comenzando a producirse. En este caso, el movimiento incipiente es contrarrestado por la aplicación de una fuerza equivalente proveniente de la contracción de los grupos musculares opuestos a la musculatura que está ligada a la expresión del impulso original. De esta manera, "hay un equilibrio de tensión entre los músculos involucrados en la acción deseada y los músculos antagónicos a la acción" (p. 147), siendo el resultado una inmovilización del organismo. En ambas situaciones, sin embargo, el denominador común es que la necesidad organísmica ha llegado a un primer plano y, acto seguido, el individuo inhibe los impulsos que apuntan al ambiente y se utiliza a sí mismo como objeto de los movimientos expresivos o como contenedor crónico de los mismos. En este sentido, la mayor satisfacción que el hecho de retrofectar comporta es una sensación subjetiva de control activo, aún cuando esta sensación esconde una ilusión de autosuficiencia que se sustenta en el hecho de haber sustituido el entorno por el self (Yontef, 1993).

Desde el punto de vista clínico, la retroflexión puede ser visualizada como solución tentativa de una renuencia o incapacidad del organismo para actuar energicamente y de forma decidida en el entorno. Esta solución de compromiso, mediante la polarización psicológica, hace del individuo tanto sujeto como objeto de la acción organísmica. Siguiendo a Perls et al. (1951), la retroflexión es una auto-anulación obsesiva que, no obstante, es mantenida debido a que trae consigo una significativa ganancia secundaria que, en última instancia, conduce a que la intención original inhibida de este mecanismo neurótico se logre materializar al menos de modo parcial. Por ejemplo, si debido a la presencia de un introyecto fundamental que afirma que no es adecuado hacer daño a los demás la persona vuelve su agresividad sobre sí misma, típicamente consigue implicar a los demás a través de alguna enfermedad psicósomática que tenderá a desarrollar debido a la mantención crónica de la retroflexión. Por supuesto, esta ganancia secundaria no es del todo satisfactoria ya que es indirecta e incompleta; por lo demás, las circunstancias descritas muchas veces transforman las agresiones del individuo respecto de los demás en ataques arbitrarios e indiferentes, bruscos y relativamente

ineficaces, que se basan en racionalizaciones de las motivaciones y las acciones involucradas (Perls et al., 1951).

En general, los retroreflectores habituales son capaces de formular ideas y planes bien informados, bien pensados y sentidos con extraordinaria implicación; sin embargo, finalmente el individuo que retroreflecta a menudo se siente perplejo y desengañado por la timidez y la vacilación que paralizan la traducción de sus planes en acciones concretas (Perls et al., 1951). Tiende a exhibir un sentido notable de orientación en el mundo exterior y de su lugar en una situación dada que, muy pronto, se ve opacado por la percatación de que la estrategia conductual práctica más sencilla es ser perdonado –y no implicarse en un conflicto– y por la consiguiente aparición de recuerdos que nublan la percepción clara del momento presente. Debido a la existencia de introyectos intransigentes, el retroreflector es capaz de aceptar la auto-agresión con más facilidad que la agresión dirigida hacia el entorno; de hecho, de manera típica el surgimiento de agresión hacia los demás es vivido con culpa. Así, de acuerdo a Perls et al. (1951), son frecuentes las actitudes de auto-desprecio y los sentimientos de inferioridad que, en el fondo, se fundamentan en dificultades para evaluar y enjuiciar a quienes lo rodean. También son usuales la introspección y el énfasis sobre el pensamiento en contextos que no lo requieren: en vez de contactar el ambiente, el individuo prefiere contactarse con su mundo interno (Latner, 1973).

La retroflexión reiterada bloquea las posibilidades de salida al mundo externo con las cuales cuenta el organismo y lo atrapa entre fuerzas antagónicas que están estancadas. Por lo tanto, su repertorio afectivo y conductual está restringido y tiende a experimentar sensaciones de parálisis que le impiden desenvolverse con soltura y espontaneidad. Para Polster y Polster (1973), el retroreflector en efecto pierde el ritmo natural entre espontaneidad y auto-observación y se inclina hacia el polo de la auto-observación excesiva. Por otro lado, el individuo que retroreflecta típicamente se caracteriza por la presencia de síntomas psicósomáticos que, desde esta perspectiva, pueden ser entendidos como “una actividad motora retroreflectada” (Perls et al., 1951) o como “reversiones literales del movimiento” (Kepner, 1987, p. 147) que resultan al contraer la musculatura de modo crónico con la finalidad de detener e inmovilizar determinados impulsos orgánicos. Según Kepner (1987), toda molestia postural, cada tensión muscular y toda área corporal inmovilizada que no se debe a causas fisiológicas patentes es movimiento congelado mediante la retroflexión que no sólo representa, sino que *es* un movimiento hacia el contacto y, al mismo tiempo, lo contrario a ese movimiento.

Respecto del caso del segundo tipo de retroflexión que mencionamos con anterioridad, Kepner (1987) afirma que muchas veces es menos obvio y más difícil de detectar que el primer tipo y tiende a manifestarse sólo como tensión psicósomática. No obstante, cuando es persistente, puede reconocerse en ocasiones por un sobre-desarrollo de ciertos grupos musculares, por la distribución postural y también por el dolor que se genera en las articulaciones involucradas que están

comprimidas de modo constante. De esta manera, las polaridades propias del proceso de la retroflexión siempre están presentes en el cuerpo y las situaciones inconclusas que llevaron al desarrollo de este mecanismo neurótico siempre están vivas, influenciando y determinando la experiencia y el comportamiento global del individuo. “La fuerza/contrafuerza de la retroflexión se vuelve estática y estructural si la retroflexión es habitual porque el conflicto entre actuar y no actuar permanece crónicamente sin resolver y sin entrar en la consciencia” (p. 150).

Los psicoterapeutas gestálticos consideran que la retroflexión es un mecanismo de la neurosis que, dependiendo del contexto en el cual es empleado, puede ser tanto saludable como psicopatológico (Kepner, 1987; Perls, 1973; Perls et al., 1951; Polster & Polster, 1973; Yontef, 1993). Puede ser considerado saludable cuando es utilizado de manera consciente, cuando constituye un proceso de auto-corrección y reajuste orgánico y cuando sirve para contrarrestar las consecuencias indeseables de la espontaneidad humana. Sin embargo, cuando la retroflexión es habitual, crónica y descontrolada, se convierte en caracterológica y “es patológica, ya que entonces no es una acción temporal –o incluso, un procedimiento de emergencia o de una espera a la ocasión propicia–, sino un callejón sin salida perpetuado en la personalidad” (Perls et al., 1951, p. 482). Es neurótica cuando es usada inconscientemente y para intentar satisfacer necesidades que son genuinamente interpersonales, cuando distorsiona el funcionamiento corporal y orgánico y cuando llega a los extremos de las conductas autodestructivas.

No obstante, al margen de sus manifestaciones psicopatológicas, la retroflexión es, en cuanto permite al individuo resistirse de manera deliberada a ciertos impulsos destructivos sin volverlos en contra de sí mismo, un proceso fundamental que facilita y apoya la auto-regulación del organismo. Para Kepner (1987), la compleja realidad del mundo hace indispensable la negociación de las propias necesidades y este imperativo requiere la existencia de una manera eficaz de modular y contener muchos de los impulsos orgánicos hasta que sea factible alcanzar un equilibrio en el campo organismo-ambiente. En este sentido, la retroflexión oportuna es signo de madurez y, más allá, puede ser entendida como el sello distintivo de la civilización humana.

### *Confluencia*

Perls (1947) describió la confluencia inicialmente como el caso más extremo de alienación respecto de uno mismo de entre todos los mecanismos neuróticos y la definió, en términos generales, como ausencia de límites frente al entorno. Con posterioridad, junto a sus primeros colaboradores, especificó que la confluencia es “la condición de no contacto (no hay frontera del *self*), aunque se sigan produciendo otras interacciones importantes; por ejemplo, el funcionamiento fisiológico, la estimulación del entorno, etc.” (Perls et al., 1951, p. 286, cursiva del

original). En la actualidad, los psicoterapeutas gestálticos piensan que, siendo un concepto

esencial de la Terapia Gestalt, la confluencia es objeto de múltiples comprensiones y, por lo tanto, fuente de equivocaciones o contrasentidos. Para algunos, la confluencia designa una plenitud, sensaciones oceánicas conscientes que serán la meta del contacto y la expresión misma del pleno contacto. Para otros, remite a un 'nosotros' indiferenciado y despreciado del que habría que huir a toda costa so pena de perder su individualidad. (Robine, 1997, p. 97)

Según Robine (1997), hoy en día la confluencia hace referencia a aquel fenómeno que no es ni contacto ni darse cuenta debido a la falta de una experiencia clara de la frontera de contacto.

En el contexto de este trabajo, nos inclinaremos más bien en dirección de la segunda acepción del término recién señalada por Robine ya que hemos estado examinando los mecanismos de la neurosis como resistencias al contacto y no como fenómenos que forman parte de la completación natural y no interrumpida del ciclo de la experiencia. Desde el punto de vista de la frontera de contacto, la confluencia se caracteriza por la presencia de una identidad inconsciente entre organismo y ambiente (Casso, 2003; Latner, 1973, 1992; Perls, 1973; Perls et al., 1951). Es decir, el individuo no experimenta ningún límite entre él mismo y el entorno y, en consecuencia, se siente fusionado con lo que lo rodea. El campo organismo-ambiente permanece indiferenciado y el individuo prescinde o hace caso omiso de las diferencias existentes entre él y el medio. En estas circunstancias, no es posible que se produzca un genuino episodio de contacto porque el contacto, en sí mismo, presupone una apreciación de tales diferencias y un encuentro del organismo con aquello que es diferente de él. La ausencia de la percepción del límite de contacto implica, asimismo, que el individuo pierde toda sensación de sí mismo como entidad circunscrita y separada del entorno (Casso, 2003; Latner, 1973; Perls, 1973).

En términos del ciclo de la experiencia, la confluencia guarda relación con una interrupción entre las etapas de contacto y retirada y, en parte superponiéndose a la desensibilización<sup>11</sup>, también en la transición entre las etapas de retirada y sensación que da inicio a un nuevo ciclo de satisfacción de necesidades. En este sentido, la confluencia representa, de acuerdo a Perls et al. (1951) y Robine (1997), un aferramiento a un comportamiento acabado para encontrar en él alguna satisfacción continuada. Desde esta perspectiva, "la confluencia no es, como han podido decir algunos, un aferramiento al contacto, sino un aferramiento a una situación antigua que se ha vuelto caduca" (Robine, 1997, p. 110). Sin embargo, la finalidad del comportamiento en cuestión ya ha sido cumplida y, así, apegarse a él no supone ninguna satisfacción verdadera, sino que

---

<sup>11</sup> La superposición conceptual del significado de las nociones de desensibilización y confluencia se debe, al menos en parte, a que distintas contribuciones teóricas utilizan definiciones divergentes del concepto de la confluencia.

se limita a proporcionar una sensación de seguridad y familiaridad. El deseo neurótico de contar con esta sensación de seguridad se debe, en su mayor parte, a que el organismo teme que, si permitiera que una nueva necesidad se manifestara, la nueva excitación orgánica le arrebataría la satisfacción conocida. Por lo tanto, el individuo se aferra a la no-consciencia con el objetivo de no reconocer la necesidad emergente; de este modo, no ocurre nada nuevo y, al mismo tiempo, lo antiguo no es de ningún interés particular (Perls et al., 1951).

El individuo confluyente evita la frustración y el miedo a que se le despoje de la satisfacción pasada mediante una parálisis psicósomática que le impide tomar consciencia de cualquier sensación proveniente de su realidad orgánica. Así, existe una estrecha relación entre confluencia y desensibilización: puesto que el individuo busca evadir el reconocimiento de la excitación que anuncia la aparición de la siguiente necesidad que debe ser resuelta, suprime su percepción de esta excitación energética. "No se siente ninguna necesidad, deseo, apetito o urgencia" (Robine, 1997, p. 109). Además, la ausencia prolongada del límite de contacto le impide al organismo percibir los estímulos ambientales con claridad y, en consecuencia, distorsiona en alguna medida el funcionamiento espontáneo de sus modalidades de orientación en y manipulación de la realidad externa (Perls et al., 1951; Robine, 1997). Como resultado de estos procesos psicológicos, el organismo no es capaz de experimentar la sensación de urgencia que acompaña al surgimiento de una necesidad y no es capaz de discriminar entre las diferencias y similitudes que tiene con el entorno. De esta manera, siguiendo a Perls et al. (1951), la

confluencia patológica es la situación en la que las partes componentes, previamente diferenciadas y separadas una de la otra, se unen y se mantienen juntas, manteniéndolas aisladas de la interacción con la experiencia posterior. Esto ata la energía –literalmente, inmoviliza la actividad real y potencial– de las dos partes, de modo que no pueden ser utilizadas por el organismo, posteriormente, de un modo potencial. (p. 449)

Desde el punto de vista clínico, la confluencia crónica trae consigo rutina y estancamiento en la vida de un individuo. Dado que se rechazan las posibilidades del contacto enriquecedor con el ambiente, el crecimiento natural del organismo se ve impedido. Según Robine (1997), el individuo que vive en confluencia parece estar a la deriva, a menudo no tiene metas vitales definidas y, con ello, tiende a dejarse llevar por las influencias de los demás y el ritmo de la vida sin oponer resistencia o imponer una dirección específica de su elección personal. No demuestra un alto grado de consciencia de sí mismo y sus circunstancias y tiene poco que decir; la persona es incapaz de declarar qué y quién es, ni qué o quiénes son los demás. No sabe hasta dónde llega ella misma y no sabe dónde comienzan los otros ya que no se da cuenta del límite que la separa del entorno (Perls, 1973; Yontef, 1993). En consecuencia, tiene grandes dificultades tanto para establecer un contacto espontáneo, vivo y satisfactorio consigo misma y con quienes la rodean,

como para retirarse y replegarse. En este sentido, Perls (1947) y Casso (2003) aseveran que, sin el componente de retirada o aislamiento, el contacto con el ambiente inevitablemente se transforma en confluencia.

Debido a que el individuo está desconectado de su propia realidad orgánica, sus necesidades, emociones y actividades están entremezcladas y difusas y, debido a ello, de continuo experimenta un estado de confusión tal que no sabe qué es lo que quiere hacer ni de qué manera se está impidiendo a sí mismo saberlo y ponerlo en práctica. Su fuerza de voluntad es débil y, para Polster y Polster (1973), no hace las cosas que hace –ni personal ni profesionalmente– porque le gustan o porque las disfruta. Más bien, su falta de contacto consigo mismo no le permite contar con elementos de su propia experiencia que le posibiliten tomar consciencia de si acaso algo le gusta o no y, por lo tanto, se muestra más pendiente de averiguar qué es lo que le gusta a los demás como orientación fundamental para tomar sus propias decisiones. De este modo, el individuo se mantiene en un estado de dependencia respecto del entorno y el objetivo de gran parte de su comportamiento es conseguir que los otros realicen todos los esfuerzos por él (Perls et al., 1951; Robine, 1997). Tal como indica Latner (1973), en la confluencia nos

sujetamos a nuestra falta de consciencia. Como los niños, somos incapaces de llevar a cabo nuestra función de cambiar nuestras circunstancias porque sentimos que nos falta la capacidad para hacer algo. El otro tiene que hacer todos los esfuerzos porque nosotros estamos indefensos. (p. 121)

El individuo que está en confluencia no asume ni confía en sus propios conocimientos y, en cierto sentido, se escapa de la actualización de sus propias capacidades y potencialidades y evita hacerse responsable de ellas. Ha adquirido muchos hábitos que se mantienen en el tiempo porque son confluencias con alguien que le ha enseñado una cierta forma de hacer determinadas cosas, con un modelo de algún tipo o con alguna concepción abstracta del deber, de lo que le conviene o de lo que es útil (Perls et al., 1951). Así, la confluencia también está vinculada íntimamente con la introyección, sobre todo mediante la idea de la identificación inconsciente con algún aspecto del entorno. Un proceso de introyección inconsciente puede ser entendido, de esta manera, como confluencia con un introyecto. Robine (1997) incluso piensa que la confluencia, de hecho, está involucrada en alguna medida en todos los mecanismos de la neurosis dado que es aquel proceso orgánico fundamental cuya acción, desde un primer momento, dificulta la emergencia de una necesidad clara y totalmente definida en la vivencia del organismo.

Polster y Polster (1973) se refieren a la confluencia como la ilusión que persiguen quienes prefieren suavizar las diferencias existentes entre organismo y ambiente con la finalidad de atemperar la experiencia de novedad y alteridad. De esta manera, en sus relaciones interpersonales, el individuo confluyente demanda similitud y niega la importancia de la tolerancia de las diferencias naturales



–consiente en no disentir. De acuerdo a Perls (1973), esta característica de la confluencia puede observarse con claridad en padres que consideran a sus hijos como meras extensiones de sí mismos y que, en consecuencia, ignoran que sus hijos están destinados a ser diferentes de ellos al menos en algunos aspectos. En este contexto, el niño se ve obligado a recurrir a la confluencia con sus padres porque, en caso contrario, es recibido y tratado con rechazo y alienación. Desde este punto de vista, la exigencia típica, aunque muchas veces tácita, de la confluencia es: “Si no quieres ser mi amigo, te parto la cabeza” (Perls, 1973, p. 49). Algunos terapeutas gestálticos han insinuado que el concepto de la confluencia pudiese resultar útil para comprender los trastornos narcisistas de la personalidad, al menos en parte basándose en la descripción de la actitud recién mencionada de tratar a otras personas como extensiones de uno mismo sin reconocer su calidad de persona por derecho propio como aspecto relevante de esta transacción de la resistencia; no obstante, la tarea de formular explicaciones sistemáticas en esta área aún no ha sido enfrentada (Yontef, 1993).

Los vínculos afectivos íntimos del individuo confluyente se caracterizan por la ausencia del sentido profundo del ser distinto del otro que forma parte del contacto genuino con otro ser humano –es decir, no se producen contactos personales auténticos. Cuando una relación interpersonal está marcada por la confluencia por parte de todos los participantes, los involucrados sólo pueden concebir diferencias mínimas de opinión o de actitud entre ellos y sólo con la condición de que sean disparidades momentáneas. Son incapaces de discutir acerca de eventuales discrepancias hasta llegar a un acuerdo genuino o hasta ponerse de acuerdo en no estar de acuerdo. Experimentan con rapidez el imperativo de restablecer la confluencia previa que ha sido interrumpida sin importar lo que sea necesario hacer para lograrlo o bien huyen hacia el aislamiento.

Después, pueden hacer ostentación de que están de mal humor, de retirarse, sentirse ofendidos o, de otro modo, hacer recaer sobre el otro el peso de la reconciliación; o, desesperando, tratar de restablecer la confluencia puede tomar la forma de hostilidad, indiferencia evidente, olvido, u otros modos aptos para deshacerse del otro como objeto que le atañe. (Perls et al., 1951, p. 451)

Siguiendo a Perls et al. (1951), el restablecimiento de la confluencia puede llevarse a cabo por medio del ajuste de la propia persona al otro o por medio del ajuste del otro a uno mismo. En el primer caso, el individuo se convierte en alguien que dice que sí a cualquier propuesta aunque no le convenga, que intenta camuflarse, que se preocupa excesivamente por diferencias mínimas y que necesita pruebas de aceptación completa: “se borra la propia individualidad, las iniciativas y se convierte en un esclavo” (p. 452). En el segundo caso, el individuo no puede soportar las contradicciones y, de ese modo, se ve obligado a persuadir, sobornar, presionar o intimidar. Más allá, en el contexto del restablecimiento de la confluencia, son de gran relevancia dos reacciones emocionales muy conocidas:

culpa y resentimiento (Perls et al., 1951; Polster & Polster, 1973). Para Robine (1997), la aparición de angustia a menudo señala la presencia de una amenaza percibida a una situación confluyente. Las experiencias de culpa y resentimiento, por su parte, por lo común son consideradas por parte de los psicoterapeutas gestálticos como indicadores fiables de que una relación confluyente ha sufrido ya un quiebre de la confluencia que ha imperado con anterioridad.

Desde el punto de vista de la psicoterapia gestáltica, el objetivo central de los estados emocionales de culpa y resentimiento es, en lo fundamental, el restablecimiento de la confluencia en el vínculo interpersonal y la reparación de la vivencia intolerable de la confluencia trastornada. La culpa es entendida por Perls et al. (1951) como actitud auto-punitiva y vindicativa respecto de uno mismo que se produce “cuando se asume la responsabilidad de la interrupción de la confluencia; el resentimiento es la petición de que *la otra persona se sienta culpable*” (p. 459, cursiva del original) y, en última instancia, ambas reacciones afectivas representan resistencias al contacto puesto que son formas de evitar el contacto real con otro individuo en cuanto individuo separado y con derechos propios. El organismo confluyente prefiere hablar de “Nosotros” en vez de hablar de “Yo” y, dado que ha perdido por completo el sentido del límite de contacto, cuando lo hace es difícil distinguir si acaso se está refiriendo a sí mismo o a alguien más –existe una confusión básica entre él mismo y los demás que se manifiesta incluso en el lenguaje.

Al igual que los restantes mecanismos neuróticos, la confluencia puede expresarse tanto saludable como psicopatológicamente. En efecto, como seres humanos, estamos en confluencia con todo aquello de lo que dependemos para nuestra supervivencia y, además, nacemos en un estado de confluencia con nuestros padres que sólo se flexibiliza de manera paulatina a través del desarrollo de la personalidad (Latner, 1992; Perls, 1973; Perls et al., 1951). Más allá, la confluencia está implicada en alguna etapa de experiencias como la adquisición de conocimientos, la alimentación, la empatía, la concentración intensa, el orgasmo y el éxtasis, en las cuales la disolución temporal de la frontera de contacto constituye una condición experiencial esencial (Latner, 1992; Perls, 1973). De acuerdo a Polster y Polster (1973), la confluencia también puede resultar ser necesaria en actividades que conllevan la representación de un rol y cuya realización exitosa depende de un apartamiento transitorio de las propias necesidades y deseos. De hecho, inmensas áreas de confluencia relativamente permanentes son indispensables como segundo plano subyacente y no consciente a la experiencia organísmica cotidiana. No obstante, cuando las confluencias no están sujetas a la posibilidad de contacto y no son accesibles, cuando son crónicas e inflexibles, deben ser visualizadas como mecanismos psicopatológicos que impiden el contacto pleno.

*Egotismo*

El egotismo es un mecanismo neurótico y una transacción de la resistencia descrita originalmente por Perls, Goodman y Hefferline, pero desatendida por Perls (1973) en sus últimos escritos y a menudo omitida en las contribuciones teóricas y clínicas de los psicoterapeutas gestálticos posteriores. Para Perls et al. (1951), el egotismo es un concepto que hace referencia a una interrupción de la relajación espontánea del control consciente y la vigilancia deliberada que forma parte fundamental del proceso de contacto. En este sentido, la acción del egotismo impide al individuo entregarse a un comportamiento que llevaría al crecimiento natural del organismo. De acuerdo a Latner (1973), uno de los pocos terapeutas gestálticos que han seguido utilizando esta noción conceptual, "el egotismo es la deliberación empleada [por parte del individuo] contra sí mismo" (p. 126).

El egotismo es una perturbación de la frontera de contacto de otro orden que los restantes mecanismos de la neurosis (Latner, 1992). En él, el límite de contacto no es reubicado ni disuelto, sino que se elimina la característica central del fenómeno del contacto: la interacción recíproca propia del encuentro entre el organismo y el entorno. Desde el punto de vista del ciclo de la experiencia, efectivamente tiene lugar un encuentro entre organismo y ambiente; sin embargo, en el transcurso del contacto, el individuo está pendiente sólo de su propia contribución al encuentro con algún elemento ambiental. Según Perls et al. (1951), el término egotismo fue escogido para dar cuenta de este mecanismo neurótico precisamente porque el interés más importante del organismo es la frontera de contacto tal como él mismo la experimenta y su propia identidad, más que las cualidades de aquello que contacta o la naturaleza del proceso de contacto. "Aquí, la mutualidad está ausente o está disminuida de modo excesivo, el límite en apariencia es unilateral ya que, en este caso, la preocupación es casi exclusivamente con el propio sentido del self" (Latner, 1992, p. 39). El resultado principal de esta modalidad de funcionamiento es que el individuo se desconecta de todo aquello que está ubicado fuera de él mismo.

Así, en el egotismo, el foco más amplio sobre la totalidad de la experiencia de contacto es sustituido por un foco sobre uno mismo que tiene la finalidad de permitir al individuo cerciorarse, antes de comprometerse con un contacto genuino, de que no aguarda ningún peligro o alguna sorpresa inesperada en el entorno. El organismo logra esto mediante la mantención crónica de una actitud de introspección y circunspección deliberadas que provocan una ralentización de la espontaneidad orgánica natural (Perls et al., 1951). La disminución de la espontaneidad también se lleva a cabo por medio de lo que Perls et al. (1951) llaman compartimentalización: "al poner entre paréntesis cada actitud ya acabada y segura, [el organismo] puede regular la cantidad de espontaneidad" (p. 294). Al inhibir sus acciones espontáneas, el individuo consigue evitar una potencial frustración porque puede abstraer sus impulsos y conductas respecto del proceso de contacto en curso. Evita los fenómenos ambientales impredecibles a través de su tentativa de aislarse a sí mismo como única realidad –toma el control del ambiente y se apropia de él.

Desde esta perspectiva, “el egotismo es una especie de confluencia con la consciencia (*awareness*) deliberada y un esfuerzo por controlar lo incontrolable y lo sorprendente” (Perls et al., 1951, p. 293, cursiva del original). En vez de establecer contacto con aspectos del entorno capaces de actualizar sus potencialidades, el organismo prefiere multiplicar sus conocimientos del ambiente con el objetivo de poner cada vez más elementos ambientales a su disposición y al alcance de su poder de manipulación. Con ello, el entorno deja de ser un ambiente enriquecedor que proporciona oportunidades de crecimiento orgánico y desarrollo de la personalidad. El egotista se convierte en soberano de su mundo y su dominio es él mismo y todo lo que entra en contacto con él. No obstante, de esta manera el individuo se aísla respecto de su propio funcionamiento orgánico y respecto del entorno. Con el nombre de aislamiento, Yontef (1993) describe un mecanismo neurótico en algún sentido similar –aunque, al parecer, no idéntico– que se caracteriza por un límite de contacto que se vuelve tan impermeable, que se pierde la conexión con el ambiente y, asimismo, se inhibe la capacidad de darse cuenta de la relevancia de los demás para el bienestar del self.

Desde el punto de vista clínico, un individuo egotista se coloca a sí mismo en el centro de la vida y, de manera orgullosa y arrogante, se considera la medida de todas las cosas. Tiende a experimentar una engañosa e ilusoria sensación elevada de sí mismo, que lo hace perder la noción adecuada de sus propias proporciones en relación a los demás y al mundo externo. Percibe satisfacción cuando logra ejercer control sobre el entorno y cuando siente que resuelve una situación victoriosamente –lo que, para él, significa específicamente lograr que las circunstancias exteriores asuman la forma que desea y dominar los impulsos orgánicos que lo conducen a satisfacer sus necesidades (Latner, 1992). A menudo se siente impresionado por lo que vivencia como expresiones de su propia fortaleza. Para Perls et al. (1951), muchas veces atraviesa periodos de aburrimiento y soledad dado que se impide a sí mismo la experiencia de renovación que trae consigo el contacto auténtico.

La actitud de falta de espontaneidad y de control deliberado del egotista alimenta su vanidad y contribuye a exacerbar su desconfianza respecto del mundo externo. Esta desconfianza tiende a llevarlo a un deseo y a conductas de autosuficiencia; sin embargo, en el fondo el self experimenta un vacío profundo carente de necesidades e intereses definidos. En términos de las relaciones humanas, el individuo que recurre al egotismo de modo habitual no manifiesta interés por contactarse con un otro como legítimo otro. Al estar centrado en sus propias acciones, pensamientos y sentimientos, se comporta interpersonalmente sin un conocimiento aproximado de quiénes son los demás (Latner, 1992). Sabe, ante todo, cómo “controlar, manipular y vencer” (Latner, 1973, p. 126) y tiene grandes dificultades para establecer vínculos satisfactorios y estables, en gran parte debido a su incapacidad para entregarse y a su falta de flexibilidad. En muchas ocasiones, cuando no logra sostener el control sobre sus movimientos orgánicos, su comportamiento es impulsivo.

El egotismo, al igual que los demás mecanismos de la neurosis, puede ser saludable o psicopatológico dependiendo del contexto en el cual hace aparición y del grado de consciencia que acompaña su activación. La teoría de la psicoterapia gestáltica lo considera indispensable en cualquier elaboración de un proceso largo y complejo de maduración, un caso en el cual puede expresarse como actitudes de retraimiento, escepticismo, distancia y lentitud que no rechazan rotundamente el contacto (Perls et al., 1951). Latner (1992) piensa que, cuando el egotismo se manifiesta de manera consciente, puede ser útil, por ejemplo cuando una persona insiste en que sus puntos de vista sean escuchados en circunstancias que parecen no prestarles demasiada atención o darles demasiada importancia.

### *Deflexión*

La deflexión, el último mecanismo neurótico que examinaremos, es un concepto que no fue formulado por Perls, sino que constituye una innovación posterior creada por Polster y Polster (1973) con la finalidad de reemplazar la noción de desensibilización que hemos examinado con anterioridad (Peñarrubia, 1998). Aunque algunos psicoterapeutas gestálticos la consideran más bien un subproceso de la retroflexión, a Polster y Polster les parece útil en el plano clínico porque permite entender una experiencia del individuo diferente de aquellas descritas por las demás nociones conceptuales que hemos analizado hasta ahora (Delisle, 1993). Para Polster y Polster (1973), la deflexión “es una maniobra tendiente a soslayar el contacto directo con otra persona, un medio de enfriar el contacto real” (p. 95). Yontef (1993), por su parte, señala que la deflexión puede ser entendida como la evitación del contacto o del darse cuenta al desviarse de un elemento ambiental relevante.

La finalidad fundamental de la deflexión es la disminución de la intensidad del contacto genuino y directo. Su activación implica una reubicación del límite de contacto de modo que el contacto se produce con un individuo, un tema, una idea o un sentimiento distinto de aquel elemento del entorno que conforma el objetivo original de un proceso de contacto determinado. Dicho de otro modo, el organismo escoge un elemento ambiental diferente del que podría satisfacer su necesidad de manera plena y completar el ciclo iniciado de la experiencia. “En la deflexión, el impulso es dirigido hacia un sustituto en el entorno” (Latner, 1992, p. 40). Latner (1992) distingue entre la sustitución de un objeto o deflexión de objeto, como cuando un individuo se siente maltratado por su empleador pero expresa su rabia con su mascota una vez llegado a su hogar, y la sustitución de un tema o deflexión de tema, en la cual un individuo opta por responderle a otra persona cambiando de tema para evadir la discusión de la temática original. En ambos casos, el comportamiento del organismo que deflexiona tiene poca fuerza y es poco efectivo a la hora de lograr el propósito verdadero de la persona.

Polster y Polster (1973) especifican la experiencia que atraviesa quien inicia una interacción interpersonal que involucra la deflexión y quien responde a una

interacción iniciada por otra persona que implica la deflexión. En el primer caso, el individuo suele sentir que no está obteniendo mucho a partir de su comportamiento, que sus esfuerzos no le reportan la recompensa deseada y, además, que tiene dificultades para explicarse lo ocurrido. En el segundo caso, el individuo tiende a sentirse a sí mismo como indiferente, aburrido, confundido, cínico, desairado, menospreciado, vacío o fuera de lugar. Más allá, en la primera situación, el individuo a menudo se siente ineficiente y frustrado al no poder conseguir lo que necesita o desea y, en la segunda circunstancia, la persona no se siente “tocada” por la interacción (Yontef, 1993).

Los psicoterapeutas gestálticos han elaborado una amplia lista de ejemplos de comportamientos deflexivos: circunloquio, verborrea, emplear lenguaje vago o exagerado, ser complaciente, tomarse a risa lo que se dice, evitar mirar al interlocutor de manera directa, hablar abstractamente en vez de ser específico, irse por las ramas, presentar ejemplos que no vienen al caso o no utilizar ejemplos ilustradores, preferir la cortesía a la franqueza, preferir los lugares comunes a la expresión original y auténtica, preferir sistemáticamente emociones débiles a emociones intensas, hablar de asuntos pasados cuando la situación presente es más relevante, hablar sobre alguien en vez de hablarle a alguien, no entender lo que se está discutiendo y restar importancia a lo que se dice (Delisle, 1993; Polster & Polster, 1973; Yontef, 1993). Todas estas conductas tienden a ser frustrantes al menos para uno de los involucrados en la interacción y, por lo común, cuando son frecuentes frustran a los dos o más participantes de un vínculo.

Cuando la deflexión se realiza de modo consciente y en concordancia con las necesidades emergentes del organismo, puede ser de gran utilidad. Por ejemplo, el lenguaje diplomático que facilita el desenvolvimiento fluido de las relaciones internacionales mediadas por representantes de distintos países, el deseo de disminuir la intensidad de algún asunto que podría resultar ser insoportable si el individuo fuera expuesto a él de una sola vez o, también, la atenuación de un contacto del que se anticipan consecuencias embarazosas, pueden ser consideradas instancias en las cuales la deflexión contribuye positivamente a la resolución de una situación particular (Delisle, 1993; Polster & Polster, 1973). Sin embargo, Polster y Polster (1973) mencionan un caso corriente, en el cual la deflexión puede tener secuelas más bien negativas: padres que, enfrentados a la tarea de explicar a sus hijos ciertas cuestiones importantes de la vida, como la sexualidad, encubren deflexivamente sus explicaciones con rodeos y eufemismos.

Tal como ya hemos mencionado, los psicoterapeutas gestálticos contemporáneos son de la opinión de que los mecanismos de la neurosis y, con ello, las transacciones de la resistencia que han sido descritas en la literatura de la psicoterapia Gestalt no necesariamente agotan las posibilidades humanas de perturbación del fenómeno y proceso de contacto. Tal como indica Latner (1992), concluyendo esta sección:

Esta enumeración de los disturbios de la frontera de contacto es, sin lugar a dudas, incompleta. En la medida en la que los terapeutas gestálticos sigan observando los eventos en el límite de contacto, indudablemente se reconocerán nuevas estructuras. [Cuando] el límite es perturbado sin consciencia, [las] energías creativas [del organismo] se implican en las discapacidades y miserias que nos acosan. [Los mecanismos de la neurosis] nos permiten evitar aspectos del campo y, en consecuencia, nos posibilitan la construcción de las soluciones y los logros inadecuados e insatisfactorios, dolorosos y destructivos que tipifican aquellas miserias e incapacidades. Sin embargo, el uso del término 'perturbación' en la perturbación del límite de contacto sólo pretende sugerir que las funciones normales del límite han sido interrumpidas o alteradas, no que el individuo está perturbado. (pp. 40-41)

## **Algunas reflexiones sobre la resistencia en la práctica clínica gestáltica**

En la introducción a este trabajo afirmamos que la teoría de la resistencia y de las transacciones de la resistencia constituye uno de los pilares fundamentales de la práctica clínica que se basa en la aproximación de la psicoterapia gestáltica. Desde esta perspectiva, Schneider (2002) afirma que creer "que con la denominación o incluso con el diagnóstico 'resistencia' todo está explicado a satisfacción, es un error. El interés de la terapia gestáltica recién comienza en aquel lugar donde aparece la resistencia" (p. 2). Así, en esta sección, presentaremos algunas reflexiones generales sobre la aplicación psicoterapéutica de esta teoría y, en la medida de lo posible, revisaremos algunas de las indicaciones clínicas más específicas que algunos psicoterapeutas gestálticos han desarrollado en relación a algunos de los diferentes mecanismos neuróticos que hemos examinado con anterioridad.

Desde la temprana publicación de la obra fundacional de Perls et al. (1951), los terapeutas de orientación gestáltica han asumido una postura llamativa respecto del fenómeno de la resistencia que los clientes introducen en la situación clínica. La concepción psicoanalítica clásica, que probablemente sigue siendo la comprensión más difundida y aceptada en los círculos psicoterapéuticos en general, supone que la resistencia debe ser visualizada como obstáculo al proceso terapéutico y, por lo tanto, los esfuerzos del psicoanalista apuntan en la dirección de eliminar las resistencias con la finalidad de permitir al paciente tomar consciencia de aquel contenido psicológico del cual la resistencia lo escuda (Greenson, 1967; Laplanche & Pontalis, 1969). Esta forma de conceptualizar la resistencia hace del conocimiento y la apreciación del analista el criterio más importante para abordarla clínicamente. En cambio, ya en 1947 Perls planteó que, para tratar la resistencia con éxito, también es indispensable tomar en consideración la percepción que el cliente tiene de ella.

La psicoterapia Gestalt, a diferencia del psicoanálisis tradicional, considera que toda resistencia encierra un aspecto positivo en términos de la auto-regulación orgánica y, debido a ello, no supone que la eliminación de la resistencia es un procedimiento deseable o siquiera crucial a la hora de concretar efectos psicoterapéuticos. Más bien, piensa que la disolución de la resistencia podría traer consigo el inconveniente de que el cliente experimente “una pérdida importante de sus armas y de su orientación en el mundo” (Perls et al., 1951, p. 77). De acuerdo a Schneider (2002), es cuestionable de qué tipo de apoyo dispondría una persona si se le arrebatara sus resistencias y, más allá, opina que toda resistencia implica la manifestación de una inteligencia asombrosa que le ha permitido al organismo protegerse y sobrevivir en circunstancias a menudo adversas. Debido a ello, desde el punto de vista gestáltico, una estrategia terapéutica útil e importante consiste en reivindicar la estructura del mecanismo neurótico en juego para promover el crecimiento orgánico. Específicamente, Peñarrubia (1998) propone la utilización creativa de los aspectos sanos de cada mecanismo de la neurosis: la tradición o aquello que nos viene dado por nuestra biografía en el caso de la asimilación de la introyección; las posibilidades de auto-conocimiento implicadas en la asimilación de la proyección; la capacidad de disciplina a favor de uno mismo al modificar las tendencias auto-destructivas de la retroflexión; y la experiencia de trascendencia de los límites individuales en el caso de la confluencia.

Así, la activación de una resistencia implica la presencia de un aspecto saludable, aunque muchas veces descontextualizado y anacrónico, que merece ser respetado y que está ligado íntimamente a la historia vital del cliente. El psicoterapeuta gestáltico se acerca a la aparición de una resistencia como fuente potencial de señales valiosas que proporcionan claves invaluable para entender el trasfondo contextual del desarrollo de la personalidad del cliente. La resistencia revela la situación existencial del individuo en términos de las formas específicas que caracterizan su relación consigo mismo y con el mundo externo (Schneider, 2002). Dado que la resistencia es una expresión orgánica como cualquier otra, la tentativa clínica de deshacerse de ella equivale a menoscabar la totalidad propia de todo individuo.

Perls et al. (1951) señalan que el cliente, de modo típico, ha invertido mucha energía y muchas decisiones previas en el mantenimiento de sus mecanismos neuróticos. En consecuencia, si se intenta eliminar las resistencias haciendo caso omiso de este hecho, el cliente se sentirá peor; en este sentido, proponen que los esfuerzos psicoterapéuticos se centren en expandir la capacidad del cliente de darse cuenta de cómo se resiste. Yontef (1992, 1993) asevera que, en el marco de la psicoterapia gestáltica, la tarea del psicoterapeuta es idear formas de conducir la resistencia al darse cuenta del cliente con el objetivo cardinal de que su auto-regulación se caracterice, cada vez más, por mayores posibilidades de contacto genuino –es decir, en vez de aniquilar la resistencia, considera importante que ésta pueda ser integrada en un repertorio de funcionamiento que se amplía de modo gradual y progresivo. Prescinde de la noción de que las resistencias no debieran



existir y, a diferencia del planteamiento psicoanalítico tradicional, le parece imperativo recuperar la elasticidad o flexibilidad de los mecanismos de la neurosis en función de los contextos vitales del individuo. Desde esta perspectiva, el trabajo psicoterapéutico gira en torno a una ampliación de la capacidad del cliente de darse cuenta tanto de las ganancias que el hecho de recurrir a ciertos mecanismos neuróticos conlleva, como también de las restricciones experienciales que trae consigo (Schneider, 2002).

Tomar consciencia de las propias resistencias es un proceso dificultoso, puesto que involucra descubrir de qué maneras interferimos con nuestro propio funcionamiento y con nuestras propias actividades. Exige que nos percatemos de las manipulaciones a menudo inconscientes mediante las cuales desviamos o distorsionamos nuestras propias necesidades, esfuerzos e intereses y de cómo, con ello, nos impedimos alcanzar las satisfacciones que anhelamos. Por lo tanto, siguiendo a Schneider (2002), todo intento de traer al darse cuenta aspectos significativos del propio comportamiento que han permanecido inconscientes activan una resistencia funcional más o menos encubierta. Desde este punto de vista, el ya mencionado énfasis sobre la toma de consciencia de cómo el cliente se resiste se traduce en un manejo clínico de la resistencia que se caracteriza (1) por facilitarle al cliente el reconocimiento de que la utilización de los mecanismos neuróticos es un proceso activo y auto-iniciado y (2) por apoyar la posterior responsabilización de su papel proactivo en la aparición de las resistencias (Perls et al., 1951; Polster & Polster, 1973). Polster y Polster (1973) indican que la resistencia necesita ser observada con atención, experimentada de manera plena y consciente y, en última instancia, asumida como parte dinamizada de la personalidad y del funcionamiento orgánico. Así, se posibilita la incorporación e integración de la intencionalidad hasta entonces más o menos inconsciente de la resistencia, ampliando las facetas validadas de la identidad personal del cliente.

Schneider (2002) distingue dos tipos diferentes de la resistencia funcional que son de relevancia en el trabajo psicoterapéutico. En primer lugar, es posible que el cliente experimente su evitación de contacto y el obstáculo que significa, por así decirlo, en vivo y en directo: la persona no quiere entrar en contacto con algún aspecto específico de su funcionamiento orgánico o del entorno (p. ej., un recuerdo, una actitud corporal, la mirada del psicoterapeuta, etc.), experimenta una sensación interna de renuencia y, típicamente, sus alternativas experienciales se polarizan –es una situación “esto o lo otro” (p. ej., “O lloro o me muestro contento”). En el segundo caso, el cliente no advierte que evita contactarse con alguna faceta del organismo o del ambiente –en términos subjetivos, siente que se encuentra en una situación de no poder actuar de modo distinto, de no disponer de alternativas experienciales. El objetivo terapéutico en uno y otro caso no es el mismo; en el primer tipo de la resistencia funcional, el foco está sobre la asunción de responsabilidad respecto del mecanismo neurótico y sobre la integración de su intencionalidad en la personalidad, mientras que en el segundo tipo de la

resistencia funcional el foco está sobre la exploración del mecanismo neurótico a través de una expansión progresiva del darse cuenta.

En las últimas décadas, en parte debido a la creciente influencia del pensamiento psicoanalítico contemporáneo, los psicoterapeutas gestálticos han agregado o, más bien, han podido recuperar una dimensión de su comprensión de la resistencia (Hycner & Jacobs, 1995; Jacobs, 1992; Wheeler, 1991; Yontef, 1992, 1999, 2004). Tradicionalmente, a pesar de que la terapia Gestalt se basa en la teoría de campo<sup>12</sup>, la resistencia ha sido entendida fundamentalmente como proceso perteneciente al funcionamiento orgánico del cliente y su vínculo con el entorno –esto es, la situación clínica conformada por el cliente y el psicoterapeuta– ha sido descuidado. No obstante, en la actualidad, la concepción de la resistencia como fenómeno que emerge en el contexto relacional del intercambio entre terapeuta y cliente ha sido explicitada y ha sido transformada en una significativa herramienta terapéutica. Tal como señala Schneider (2002), el psicoterapeuta busca de manera activa establecer contacto con el cliente y, en consecuencia, el cliente experimentará al menos algunas de estas propuestas de contacto como factores que activan su necesidad de recurrir a aquellas transacciones de la resistencia que emplea también en su vida cotidiana con finalidades similares de evitación de contacto. De este modo, la aparición de una resistencia puede ser visualizada como afirmación y comunicación del cliente respecto del terapeuta y, al mismo tiempo, le exige al terapeuta registrar cómo ha intervenido y cómo su intervención ha contribuido al surgimiento de la resistencia en cuestión. Desde esta perspectiva, una resistencia muchas veces pone al descubierto eventuales torpezas técnicas del clínico.

La naturaleza de la psicoterapia gestáltica pone a disposición del psicoterapeuta una amplia variedad de formas concretas de intervención. Invariablemente, en términos del manejo psicoterapéutico de la resistencia, la respuesta concreta que elige “depende de nuestra comprensión de su significado” (Schneider, 2002, p. 1). A la hora de escoger una determinada intervención, el terapeuta debe tener en consideración tanto los aspectos contextuales de la resistencia (p. ej., en qué momento del diálogo terapéutico aparece, frente a qué contenidos se produce, etc.), como también las siguientes preguntas: ¿cómo llega alguien a mostrarse de esta manera en las circunstancias presentes? ¿Cuáles son las condiciones internas, cuál es su percepción del terapeuta y de sus intervenciones, cuáles son sus pensamientos y miedos? Recordemos, en este sentido, que la activación de un mecanismo neurótico responde a una percepción de la existencia de una amenaza potencial o efectiva en el entorno. Este punto de vista implica que,

---

<sup>12</sup> Recordemos que, de acuerdo a la teoría de campo, que representa una alternativa a la perspectiva intrapsíquica y subjetivista dominante en amplios sectores de la psicología clínica hasta el día de hoy, la descripción y comprensión de todo fenómeno psicológico y orgánico debe inevitablemente enmarcarse en el contexto de la interacción entre un organismo y un entorno (Latner, 1973, 1992; Perls et al., 1951; Robine, 1997; Yontef, 1993).

a la luz de la lógica de supervivencia del organismo, la resistencia es legítima y necesaria.

Dado lo que hemos dicho, uno de los objetivos clínicos básicos de la psicoterapia gestáltica es lograr que el cliente descubra sus resistencias y sea capaz de entender cuándo, frente a qué estímulos y de qué manera actúan (Schneider, 2002; Yontef, 1993). Por otro lado, de acuerdo a Perls et al. (1951) y Yontef (1993), el psicoterapeuta gestáltico busca prestar atención y conscientizar el conflicto interior implícito en cada resistencia –un conflicto que se genera entre un impulso y una negativa a permitir la manifestación y expresión del impulso– ya que el cliente a menudo tiene la sensación de que la resistencia no es parte de él y de que se le impone. Más allá, resulta necesario facilitarle al individuo la re-apropiación de la energía que ha invertido en sus resistencias con la finalidad de ampliar su espectro vivencial y funcional (Polster & Polster, 1973). Para dar cumplimiento a estos objetivos cardinales, existen innumerables posibilidades de intervención que se inscriben en algún lugar entre los polos de disolver una resistencia e intensificarla.

La intensificación de la resistencia, combinada con un énfasis en el darse cuenta, puede ser de gran utilidad para conducir al cliente hacia un reconocimiento consciente de lo que está ocurriendo, de qué pretende la resistencia y de qué le permite evitar y, en última instancia, apunta en la dirección del establecimiento de un contacto más pleno (Schneider, 2002). Sin embargo, su utilización clínica debe tomar en cuenta una evaluación continua de la capacidad de cada cliente en particular en cada momento en particular para tolerar este procedimiento porque, de lo contrario, esta intervención se puede convertir en una inundación emocional innecesaria que disminuye la capacidad orgánica de integración de la experiencia y puede precipitar efectos contraterapéuticos. En ocasiones, la provocación y la confrontación pueden constituirse como estrategias útiles para generar resistencias, sobre todo en clientes complacientes y confluyentes. Resumiendo, junto a Schneider (2002), todos los esfuerzos psicoterapéuticos gestálticos buscan “volver a hacer fluida y disponible la excitación, la tensión, la actividad reservada y la auto-agresión retenidas en la resistencia funcional, ésta debe resaltar de forma apoyadora en vez de inhibidora” (p. 15).

### *Algunas indicaciones clínicas en relación al abordaje psicoterapéutico de las transacciones más conocidas de la resistencia<sup>13</sup>*

---

<sup>13</sup> Las indicaciones clínicas que siguen deben ser consideradas como recomendaciones aplicables, en lo fundamental, a clientes neuróticos. La teoría de la psicoterapia gestáltica ha hecho algunas contribuciones a la comprensión clínica de los trastornos limítrofes y psicóticos (Conte, 2001; Gollner, 2004; Greenberg, 2002; Salem, 2004; Staemmler, 2000; Votsmeier, 1988), pero tales concepciones distan de ser lo suficientemente sistemáticas como para presentarlas en este contexto.

*Proyección.* De acuerdo a Casso (2003), Perls consideraba que la proyección era el mecanismo neurótico más difícil de abordar –esto es, de traer a la consciencia y de revertir– con éxito en la situación psicoterapéutica. Junto a Goodman y Hefferline, estableció que, en el transcurso de un proceso terapéutico gestáltico, la secuencia más ventajosa de los esfuerzos de la psicoterapia debía comenzar por la disolución de las proyecciones y, sólo después de ello, pasar a elaborar las retroflexiones y, en última instancia, los introyectos. Para ellos, una forma específica de promover la retirada de una proyección consiste en estimular al cliente a responsabilizarse en el lenguaje de sus impulsos proyectados –p. ej., mediante el reemplazo de las expresiones que el cliente formula con las palabras “Ellos” o “Los otros” o “Los demás” por frases con un contenido idéntico que empiecen con la palabra “Yo”. Esta recomendación también ha sido enfatizada por Kepner (1987), quien piensa que el psicoterapeuta debe instar al cliente a sustituir expresiones impersonales por un lenguaje más personal, en particular respecto de su propia realidad corporal.

Polster y Polster (1973) entienden el proceso psicoterapéutico de los clientes que tienden a proyectar como la devolución de los fragmentos de una identidad dispersa a la personalidad del individuo. Según ellos, al lograrse que el organismo acepte atribuirse aquellos rasgos que advierte claramente en los demás pero que ha estado excluyendo de su consciencia de sí mismo, el sentido demasiado rígido de la identidad del cliente se afloja y expande. La puesta en práctica de este objetivo terapéutico no siempre es fácil y las dificultades aumentan en el caso de que la persona ha consolidado, a lo largo del tiempo, sus proyecciones en una modalidad paranoica de auto-apoyo. En estas circunstancias, el cliente siente que cualquiera que no está a su favor, está en su contra, y se opone a toda sugerencia de re-apropiarse de sus características proyectadas con violencia desesperada (Polster & Polster, 1973).

En este sentido, Delisle (1993) señala que, muchas veces, el cliente proyecta aquellas partes de sí mismo que no es capaz de aceptar o aquellas partes que son complementarias respecto de su propia experiencia en el terapeuta, y éste debe tomar en consideración esta posibilidad. La reacción del cliente descrita por Polster y Polster puede dejar al terapeuta imposibilitado para actuar y, en consecuencia, una confianza básica es de relevancia central en el establecimiento de una relación psicoterapéutica estable con los individuos que exhiben una marcada tendencia a la proyección. El cliente que proyecta requiere, antes que nada, que su punto de vista sea validado con independencia de que la percepción del psicoterapeuta le indica que se trata de una proyección. En caso contrario, la resistencia puede convertirse en un obstáculo infranqueable del proceso terapéutico.

Para Kepner (1987), un elemento esencial del abordaje clínico de la proyección es la creación de una conexión más afianzada del cliente con su propio cuerpo y, además, del self con el entorno. El objetivo terapéutico cardinal es la restauración del sentido del self en relación a la experiencia corporal: según Kepner, el cuerpo debe volverse el sujeto de la experiencia. Esto implica

desbaratar, en la medida de lo posible, la escisión de la mente respecto del cuerpo y, con ello, transformar la vivencia del cuerpo en una parte fundamental del ciclo de contacto. El proceso psicoterapéutico puede ser visualizado en base a cuatro pasos: (1) identificar la proyección, (2) emplear técnicas que hagan resaltar la experiencia corporal vinculada con la proyección, (3) promover la asimilación de los aspectos proyectados y (4) posibilitar una expresión cada vez más integrada de los impulsos organísmicos proyectados en el entorno. Además del acento sobre la re-apropiación de la proyección, Kepner (1987) subraya la importancia de trabajar terapéuticamente con los sentimientos y los introyectos que subyacen a la necesidad de proyectar.

*Introyección.* Perls et al. (1951) opinan que el abordaje psicoterapéutico de la introyección se basa en la toma de consciencia de todo aquello que no es verdaderamente propio. Este proceso involucra la adquisición de una actitud selectiva y crítica hacia las cosas, el desarrollo de la capacidad para “masticar” la experiencia con la finalidad de extraer de ella lo necesario y desechar lo innecesario y, tanto en un sentido literal como simbólico, la recuperación de la posibilidad de experimentar reacciones de repugnancia y asco ya que éstas representan las respuestas organísmicas frente a aquello que el organismo no percibe como apropiado para su propio funcionamiento. El psicoterapeuta debe crear condiciones en las cuales el cliente pueda reconocer y vivenciar que la manifestación de la agresión, siempre y cuando se produzca en un contexto oportuno, es una función organísmica saludable que permite evitar los procesos neuróticos de introyección y reemplazarlos por procesos sanos de asimilación (Perls et al., 1951).

Polster y Polster (1973) consideran que, en la mayoría de los casos, la introyección es difícil de deshacer. En el marco de la psicoterapia gestáltica, suponen que la tarea terapéutica primordial consiste en establecer, en la experiencia que el cliente tiene de sí mismo, un sentido de las elecciones que le son accesibles y la capacidad para diferenciar adecuadamente lo propio de lo ajeno. Desde esta perspectiva, cualquier intervención que intensifique y fortalezca el self del individuo resulta de gran utilidad durante el proceso de la psicoterapia. Cuando el cliente logra movilizar su agresión y su facultad crítica, a menudo se contacta con un profundo sentimiento de amargura. En términos evolutivos, tiene razones sobradas para sentirse amargado, dado que asumió una gran cantidad de ideas, creencias y formas de comportamiento que, en realidad, no fueron convenientes para él y que lo colocaron en una posición crónica de vivenciarse a sí mismo como una víctima. En consecuencia, la existencia de una actitud de “rebelión es necesaria para deshacer la introyección” (p. 86) y es una experiencia significativa en términos de la recuperación de la posibilidad de auto-dirección y auto-determinación del organismo.

Kepner (1987) agrega que, desde el punto de vista clínico, el individuo introyector necesita desarrollar una consciencia de las diferentes formas a través de

las cuales se estanca a la hora de manejar su proceso organísmico de colocación de límites claros y firmes. Asimismo, opina que un objetivo terapéutico relevante es la recuperación de la capacidad de poner límites de modo flexible y conveniente en el contexto de las relaciones interpersonales actuales del cliente. En términos estratégicos, el terapeuta no debiera perder de vista que, debido a sus características de personalidad, el introyector busca y exige respuestas o soluciones hechas –desea que el psicoterapeuta le comunique lo que tiene que hacer y hace lo posible por no tener que encontrar maneras propias de resolver sus dificultades (Delisle, 1993). Por lo tanto, las intervenciones clínicas deberán apuntar a evitar interacciones en las cuales el terapeuta se convierte en una autoridad que emite indicaciones, comentarios o consejos que, acto seguido, serán introyectados por el cliente. Tal como ya hemos dicho, el individuo que introyecta necesita volver a apropiarse de su potencial natural de auto-apoyo y auto-dirección.

*Retroflexión.* El abordaje psicoterapéutico de la retroflexión se centra en recuperar la consciencia inmediata de la activación y de la forma concreta del mecanismo neurótico en cuestión y, más allá, en reapropiarse de la sensación de que la retroflexión es un proceso activo e iniciado por uno mismo (Perls et al., 1951). Una vez descubierta la acción retroflectada y recobrado el control consciente sobre ella, el impulso que le subyace se hace presente y evidente de manera inmediata, pudiéndose integrar a la personalidad aquella parte que había sido retroflectada. Perls et al. (1951) aseveran que, teóricamente, el manejo clínico de la retroflexión es muy simple: su objetivo central es invertir la dirección de la acción retroflectada, de manera que, en vez de estar dirigida hacia dentro, sea enfocada hacia fuera y restablezca su lazo original con el entorno. Así, las energías organísmicas que han estado divididas pueden unirse y descargarse en el ambiente.

Sin embargo, en la práctica psicoterapéutica, la resolución de una retroflexión resulta ser un procedimiento más bien dificultoso. Al ver amenazado su equilibrio relativo, las diferentes partes involucradas de la personalidad se movilizan para defender su posición (Perls et al., 1951). Con ello, pueden surgir sentimientos de miedo, culpa, vergüenza y resentimiento, lo que en muchas ocasiones se debe a que los impulsos retroflectados son de naturaleza agresiva y la necesidad de retroflectarlos a menudo está ligada a la existencia de un introyecto que censura las expresiones de agresión. Por lo tanto, siguiendo a Casso (2003), la persona puede experimentar el intento de disolver una retroflexión como tentativa que contradice sus principios. Esta circunstancia típica trae consigo la tarea psicoterapéutica adicional de poner al descubierto y elaborar el introyecto que ha hecho aparición. Más allá, el abordaje clínico explícito de la retroflexión tiende a hacer emerger un profundo temor en el cliente a enfrentarse a una frustración total del impulso organísmico original. Debido a ello, en la situación terapéutica, un cliente retroflector habitual tiende a mostrarse resistente desde un comienzo –se demora mucho en responder a las intervenciones del psicoterapeuta, aprieta los dientes y los puños, ahoga sus lágrimas y reprime sus sollozos (Delisle, 1993).

Según Polster y Polster (1973), el “desmante de la retroflexión consiste en la búsqueda del otro adecuado” (p. 92) y, en consecuencia, el objetivo terapéutico concreto es facilitar el contacto con la alteridad –esto es, con algún elemento apropiado del entorno. Indican que muchas veces, antes de que el cliente logre efectivamente ligar su impulso retroflectado con el ambiente, es imprescindible que éste se contacte consigo mismo y que tome consciencia de la lucha interna que mantiene la retroflexión. Los primeros contactos con el entorno que realiza tienden a ser torpes, primitivos e infantiles y parecen exhibir las características propias de la edad en la cual el impulso orgánico fue retroflectado inicialmente; no obstante, con el paso del tiempo, la forma de la toma de contacto se adapta a las posibilidades presentes del organismo.

Kepner (1987) añade que, desde el punto de vista psicoterapéutico, no es suficiente la relajación o la liberación mecánica de la tensión emocional y física contenida en la retroflexión. Si el conflicto interno que alimenta la retroflexión no es abordado y resuelto, después de una descarga catártica la tensión psicósomática volverá inevitablemente a instalarse en el cuerpo del cliente. “Lo que se requiere es que ambas partes [del conflicto psíquico] se vuelvan conscientes y se expresen de modo que el conflicto pueda ser elaborado, para que lo que pertenece al entorno pueda separarse de lo que pertenece a uno mismo [...]” (p. 149). Propone cuatro pasos diferentes implicados en el trabajo terapéutico con este mecanismo neurótico: (1) localizar la retroflexión, (2) hacerla consciente, (3) posibilitar la aceptación de la polaridad característica del conflicto interior y de los movimientos expresivos inherentes a sus partes y (4) encontrar un nuevo ajuste creativo al entorno.

*Confluencia.* De acuerdo a Perls et al. (1951), el manejo clínico de la confluencia debe concentrarse en que el cliente recupere la posibilidad de experimentar una línea demarcatoria definida entre él mismo y el entorno. Un aspecto importante de este proceso es el desarrollo de la consciencia inmediata del individuo respecto de su condición como entidad circunscrita y separada de los restantes elementos del entorno. Perls y sus colaboradores subrayan que el organismo confluyente se resiste, en particular, a la modificación de aquellos hábitos insatisfactorios y contraproducentes que se mantienen a raíz de la confluencia con su fuente de origen.

El abordaje terapéutico gestáltico de la confluencia se basa en la facilitación de las condiciones apropiadas en medio de las cuales el cliente pueda experimentar contacto, diferenciación y enunciación clara de sus preferencias (Polster & Polster, 1973). La resolución exitosa de la confluencia implica que el individuo haya podido reconocer, vivenciar y asumir aquellas elecciones, necesidades y sentimientos que son exclusivamente suyos y que haya tenido oportunidad de darse cuenta de que éstos no tienen por qué coincidir con los de los demás. Es indispensable que aprenda que es capaz de afrontar y atravesar su terror a separarse del otro sin resultar dañado.

Para Robine (1997), el objetivo fundamental del trabajo psicoterapéutico con la confluencia es que el cliente logre tomar consciencia de las sensaciones organísmicas propias con la finalidad de que sea capaz de adentrarse en un contacto genuino con el entorno. Sin embargo, admite que, en este caso, las técnicas gestálticas que apuntan al darse cuenta son difíciles de aplicar “ya que precisamente el sujeto no tiene la capacidad de tomar consciencia de ello” (p. 112). Con todo, piensa que estas técnicas resultan útiles porque focalizan la atención del cliente y lo colocan frente a aquellos sentimientos que más teme: el vacío y la angustia. De este modo, se hace posible el aprendizaje vivencial de poder tolerar estos afectos para que el individuo no se vea forzado a “considerar la opinión, el deseo, el significado, la dirección de sentido de los otros como suyos” (p. 112) y a incorporarlos a través de la introyección.

Robine (1997) señala que estos clientes “piden” confluencia al psicoterapeuta con tal de que no se introduzca nada nuevo en el campo organismo-ambiente y se mantenga su equilibrio relativo. Así, por ejemplo, la persona se puede mostrar pasiva y esperar que el terapeuta sea activo y realice los esfuerzos necesarios por él. Sus actitudes típicas de ser una persona ansiosa que no sabe nada y que no siente nada o su sumergimiento en una especie de somnolencia que provoca simultáneamente malestar y seguridad pueden generar un clima generalizado de confusión, en el cual el psicoterapeuta a menudo puede sentir que no sabe qué hacer o pensar o bien experimentar una sensación de adormecimiento.

Perls et al. (1951) piensan que muchas resistencias yacen escondidas en todo aquello que se da por supuesto –esto es, en aquellas creencias o hipótesis respecto de cómo funciona la realidad que habitualmente no son cuestionadas y que pueden ser difíciles de llevar al darse cuenta. También el psicoterapeuta experimenta resistencias, en particular cuando se ven amenazadas sus propias creencias y sus propios valores. Según Schneider (2002), percibir aquello que se da por supuesto y, cuando pasa a formar parte de la consciencia, asumirlo como propio es idéntico a la resolución de una resistencia funcional. La terapia Gestalt considera que, en cuanto se produce el darse cuenta integrado respecto de una resistencia y surge una comprensión de sus propósitos y su forma específica, se ha concretizado la posibilidad de resolver en vez de aniquilar la resistencia.

## **Reflexiones finales:**

### **¿Es la resistencia expresión de salud o de psicopatología?**

En la terapia gestáltica, la resistencia es entendida, en términos de la utilización más general de los mecanismos de la neurosis que hacen las personas, como parte constituyente de la vida humana. Dado que está involucrada en la defensa de los límites que el cliente concibe como definitorios de su identidad, en el transcurso del proceso psicoterapéutico es visualizada como fenómeno acompañante que es



experiencia, posibilidad de cambio y momento de transición en el crecimiento del organismo (Schneider, 2002) –un crecimiento que es visualizado como recuperación de elementos propios que han sido alienados y que, por lo tanto, no son experimentados como pertenecientes a la propia identidad.

En este contexto, para Yontef (1992), durante algún tiempo los terapeutas gestálticos, debido a la existencia de algunos pasajes en la obra fundacional de Perls et al. (1951) que se refieren a la resistencia como fenómeno patológico, estuvieron inciertos respecto de si la aparición de lo que en la actualidad se denomina resistencia funcional en la situación psicoterapéutica debe ser considerada un proceso de carácter psicopatológico. Recién a partir de los importantes escritos de Polster y Polster (1973, 1976), esta incertidumbre dio lugar a una formulación conceptual cada vez más completa de la naturaleza de la resistencia.

En una contribución reciente, Wheeler (1991) afirma que Perls sostuvo que existe una dicotomía tajante entre contacto –un proceso en el campo organismo-entorno que es considerado saludable– y resistencia –un proceso psicopatológico. Más allá, asevera que para Perls las perturbaciones del límite de contacto (los mecanismos de la neurosis) representan resistencias al contacto y que, en consecuencia, son fenómenos patológicos. Desde esta perspectiva, la resistencia es tratada como proceso distinto y separado del proceso de contacto que, precisamente, busca impedir la toma de contacto –por lo tanto, donde hay resistencia, no hay contacto.

Yontef (1992), por su parte, opina que Wheeler está equivocado y que, en la teoría de la terapia Gestalt, las resistencias nunca fueron entendidas como dicotómicas respecto del contacto. Para él, la resistencia “es una resistencia o interrupciones de un contacto particular, esto es, particular en cuanto a tipo, intensidad, contexto, etc., y no una resistencia global a todo contacto. Esta resistencia también es un proceso de contacto” (p. 12) y, de hecho, desde la publicación de las ideas de Perls, Goodman y Hefferline los terapeutas gestálticos han conceptualizado la resistencia en términos del proceso de contacto y en términos del momento de este proceso en el cual la resistencia se produce. En efecto, Perls et al. (1951) afirmaron que intentaron explicar los mecanismos más importantes de la neurosis “como modos de contacto en la situación en curso [...]” (p. 281). También Schneider (2002) enfatiza que toda resistencia es, en el fondo, una forma de establecer contacto:

En la resistencia, el cliente da lo mejor de sí, es una propuesta de contacto para nosotros, la única forma a través de la cual en ese momento en realidad puede establecer contacto con nosotros, por extraña que nos parezca su conducta. (p. 17)

Desde el punto de vista histórico, la terapia gestáltica desde muy temprano subrayó el impulso saludable que subyace a la resistencia y, además, su utilidad en determinadas situaciones. Ya en *Yo, hambre y agresión* (1947), Perls destacó que las resistencias no son procesos negativos o indeseables, sino energías valiosas de la

personalidad que se vuelven perjudiciales sólo cuando se aplican de modo inoportuno o inadecuado. Perls menciona la existencia de una dialéctica del fenómeno de la resistencia entre resistencia y asistencia –esto es, en todo mecanismo neurótico hay tanto algún elemento del entorno o de la experiencia orgánica que está siendo resistido como algún proceso que está siendo asistido (Yontef, 1992). Cuando la resistencia está al servicio de y es regulada por la necesidad dominante del organismo, se convierte simultáneamente en un ajuste creativo que apoya el funcionamiento orgánico. Tal como señala Kepner (1987), en “terapia Gestalt la capacidad de interrumpir temporalmente o ‘resistir’ al contacto es útil y saludable como un ajuste creativo a las vicisitudes de la experiencia y el entorno” (p. 89). En este sentido, la resistencia es una función importante del organismo que debe ser respetada en toda circunstancia dado el potencial constructivo que le es inherente.

Así, algunos terapeutas gestálticos contemporáneos han adoptado como criterio para aseverar que una resistencia determinada es una expresión creativa y saludable del organismo o, por el contrario, una manifestación que puede ser considerada psicopatológica, las condiciones fundamentales (1) de si acaso la resistencia involucra la alienación de ciertos aspectos del funcionamiento orgánico, (2) de si acaso las áreas de contacto del organismo hacia dentro y hacia fuera son disminuidas y (3) de la relevancia de tomar en consideración el contexto en el cual la resistencia se produce. Desde esta perspectiva, la “resistencia del paciente es perjudicial sólo cuando no forma parte del darse cuenta y del ajuste creativo del organismo” (Yontef, 1993, p. 26) y, asimismo, cuando es rígida y el individuo ha perdido su capacidad de ser flexible dependiendo de los campos que enfrenta. Esto significa que un organismo saludable se caracteriza por su habilidad para establecer y mantener límites en los momentos adecuados y de la forma subjetivamente más viable.

La diferencia básica entre el carácter sano o psicopatológico de una resistencia dada es, para Schneider (2002), la observación clínica de que una resistencia psicopatológica aparece, en relación a aquello que la activa, de manera demasiado rápida, agitada y exagerada. Para un observador ingenuo, más allá, su aparición es inexplicable; sólo un conocimiento de la historia vital del cliente la hace verdadera y cabalmente comprensible. Ahora bien, con independencia de que en un contexto clínico estas distinciones sean necesarias y útiles, es indispensable no perder de vista que el ser humano siempre está construyendo y reconstruyendo sus límites identificatorios. De este modo, la acción de la resistencia en particular y de los mecanismos neuróticos en general no sólo es inevitable, sino también deseable ya que vitaliza al organismo y representa una expresión viva de su funcionamiento. Su aparición nos señala nuestros límites actuales y, debido a ello, traen consigo la posibilidad de reconocer y responsabilizarnos de dónde podemos seguir desarrollándonos y ayudar a nuestros clientes a seguir creciendo.

## Referencias

- Bacal, H. (1990). Selbstpsychologie (Selbstobjekt-Theorie): Heinz Kohut. En H. Bacal & K. Newman, *Objektbeziehungstheorien: Brücken zur Selbstpsychologie* (pp. 274-334). Stuttgart: Frommann-Holzboog.
- Casso, P. (2003). *Gestalt, terapia de autenticidad: La vida y la obra de Fritz Perls*. Barcelona: Kairós.
- Conte, V. (2001). El trabajo con un paciente gravemente perturbado: Evolución de una relación terapéutica. En M. Spagnuolo (Ed.), *Psicoterapia de la Gestalt: Hermenéutica y clínica* (pp. 131-140). Barcelona: Gedisa.
- Delisle, G. (1993). *Las perturbaciones de la personalidad: Una perspectiva gestáltica*. Madrid: Los Libros del CTP.
- Freud, S. (1920). *A General Introduction to Psychoanalysis*. New York: Pocket Books.
- Gollner, C. (2004). Psychosenpsychotherapie. En M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Eds.), *Gestalttherapie* (pp. 275-288). Wien: Facultas.
- Greenberg, E. (2002). Love, admiration, or safety: A system of Gestalt diagnosis of borderline, narcissistic, and schizoid adaptations that focuses on what is figure for the client [on-line]. *Gestalt!*, 6 (3) ([www.g-gej.org/6-3/diagnosis.html](http://www.g-gej.org/6-3/diagnosis.html)).
- Greenson, R. (1967). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Horney, K. (1937). *Der neurotische Mensch unserer Zeit*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Hycner, H. & Jacobs, L. (1995). *The Healing Relationship in Gestalt Therapy*. New York: Gestalt Journal Press.
- Jacobs, L. (1992). Insights from psychoanalytic self psychology and intersubjectivity theory for Gestalt therapists. *Gestalt Journal*, 15 (2).
- Kepner, J. (1987). *Proceso corporal: Un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia*. México: El Manual Moderno.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1969). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Labor.

- Latner, J. (1973). *Fundamentos de la Gestalt*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Latner, J. (1992). The theory of Gestalt therapy. En E. Nevis (Ed.), *Gestalt Therapy: Perspectives and Applications* (pp. 13-56). Cambridge: Gestalt Press.
- Naranjo, C. (1989). *La vieja y novísima Gestalt: Actitud y práctica de un experiencialismo ateorico*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Peñarrubia, F. (1998). *Terapia Gestalt: La vía del vacío fértil*. Madrid: Alianza.
- Perls, F. (1947). *Yo, hambre y agresión*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Perls, F. (1967). Terapia de grupo vs. terapia individual. En J. Stevens (Ed.), *Esto es Gestalt* (pp. 21-26). Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Perls, F. (1969). *Sueños y existencia: Terapia gestáltica*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Perls, F. (1973). *El enfoque gestáltico y testimonios de terapia*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Perls, F., Goodman, P. & Hefferline, R. (1951). *Terapia Gestalt: Excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Madrid: Los Libros del CTP.
- Polster, E. & Polster, M. (1973). *Terapia gestáltica: Perfiles de teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Polster, E. & Polster, M. (1976). Gestalttherapie: Therapie ohne Widerstand [on-line]. *Gestaltkritik*, 1 ([www.gestalt.de/polster\\_widestand.html](http://www.gestalt.de/polster_widestand.html)).
- Reich, W. (1949). *Análisis del carácter*. Barcelona: Paidós.
- Robine, J. (1997). *Contacto y relación en psicoterapia: Reflexiones sobre terapia Gestalt*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Salem, E. (2004). Frühe Störungen als Anwendungsgebiet von Gestalttherapie. En M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Eds.), *Gestalttherapie* (pp. 289-306). Wien: Facultas.
- Schneider, K. (2002). Willkommen Widerstand: Ein Konzept und sein Verständnis in der Gestalttherapie [on-line]. *Gestaltkritik*, 2 ([www.gestalt.de/schneider\\_widerstand.html](http://www.gestalt.de/schneider_widerstand.html)).

- Staemmler, F.-M. (2000). Zum Verständnis regressiver Prozesse in der Gestalttherapie [on-line]. *Gestaltkritik*, 1 ([www.gestalt.de/staemmler\\_regressive\\_prozesse.html](http://www.gestalt.de/staemmler_regressive_prozesse.html)).
- Stolorow, R. (1990). Converting psychotherapy to psychoanalysis: A critique of the underlying assumptions. *Psychoanalytic Inquiry*, 10, 119-130.
- Votsmeier, A. (1988). Gestalttherapie mit Borderline-Patienten. *Gestalttherapie*, 2 (88), 5-15.
- Wheeler, G. (1991). *Gestalt Reconsidered: A New Approach to Contact and Resistance*. New York: Gardner Press.
- Wolf, E. (1976). Ambience and abstinence. *The Annual of Psychoanalysis*, 4, 101-115.
- Yontef, G. (1992). Considering *Gestalt Reconsidered*: A review in depth. *Gestalt Journal*.
- Yontef, G. (1993). *Proceso y diálogo en psicoterapia gestáltica*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Yontef, G. (1999). Preface to the German edition of *Awareness, Dialogue, and Process* [on-line]. *Pacific Gestalt Institute* ([www.gestalttherapy.org/PREFACE3.htm](http://www.gestalttherapy.org/PREFACE3.htm)).
- Yontef, G. (2004). Zum Aspekt der Beziehung in Theorie und Praxis der Gestalttherapie [on-line]. *Gestaltkritik*, 1 ([http://www.gestaltkritik.de/yontef\\_dialog.html](http://www.gestaltkritik.de/yontef_dialog.html)).
- Zinker, J. (1977). *El proceso creativo en la terapia gestáltica*. México: Paidós.